

Poder Judiciário da União
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS

Órgão 2ª Turma Cível

Processo N. APELAÇÃO CÍVEL 0714302-81.2024.8.07.0001

APELANTE(S) QUALLITY PRO SAUDE ASSISTENCIA MEDICA AMBULATORIAL
LTDA e GABRIELLA SANTANA RIBEIRO

APELADO(S) GABRIELLA SANTANA RIBEIRO e QUALLITY PRO SAUDE
ASSISTENCIA MEDICA AMBULATORIAL LTDA

Relator Desembargador ALVARO CIARLINI

Acórdão Nº 1987286

EMENTA

APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. PRELIMINAR EM CONTRARRAZÕES. AUSÊNCIA DE DIALETICIDADE. PRELIMINAR REJEITADA. PLANO DE SAÚDE. CUSTEIO DE TRATAMENTO MÉDICO INDICADO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS. CÂNCER DE COLO DO ÚTERO. CRIOPRESERVAÇÃO. RECURSO REPETITIVO (TEMA Nº 1067). DISTINÇÃO. PREVENÇÃO À INFERTILIDADE. DANO MORAL CONFIGURADO. APELO DESPROVIDO. RECURSO ADESIVO PROVIDO.

1. A questão submetida ao conhecimento deste Egrégio Tribunal de Justiça consiste em examinar a possibilidade de imposição, à sociedade empresária ré, da obrigação de reembolso, do valor cobrado pelo serviço médico prestado à autora relativo ao procedimento de criopreservação. É necessário analisar, ainda, a possibilidade de condenação da ré ao pagamento de compensação dos danos morais supostamente experimentados pela autora.

2. Em observância ao princípio da dialeticidade, previsto no art. 932, inc. III, do CPC, a apelação deverá conter a exposição dos fundamentos recursais pelos quais a parte entende que a sentença impugnada deverá ser reformada ou desconstituída. 2.1. No caso dos autos, a despeito do que alega a consumidora, percebe-se que, em suas razões recursais, a



operadora do plano de saúde rebateu diretamente as conclusões exaradas na sentença, tendo justificado suficientemente os motivos pelos quais entendem que o aludido provimento jurisdicional deve ser reformado.

3. A relação jurídica negocial em exame é de consumo, uma vez que os contratantes se enquadram nos conceitos de consumidor e fornecedor, como preceituam as regras previstas nos artigos 2º e 3º, ambos do Código de Defesa do Consumidor. 3.1. Nesse sentido o enunciado nº 608 da Súmula do Colendo Superior Tribunal de Justiça dispõe que “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

4. O Colendo Superior Tribunal de Justiça consolidou o entendimento no sentido de que o rol de procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde tem caráter taxativo, no julgamento do EREsp 1886929-SP.

4.1. Foram estabelecidos critérios para a determinação de custeio de procedimento não abarcado pelo "rol da ANS" para as hipóteses em que não houver substituto terapêutico ou forem esgotados os procedimentos do previstos no aludido rol. 4.2. São requisitos para o deferimento do custeio de procedimento não previsto no rol taxativo fornecido pela ANS 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) ou estrangeiros (ex.: FDA) 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”.

5. O estado de saúde da consumidora exige cuidados específicos e urgentes, razão pela qual afigura-se necessária a manutenção da assistência médica pretendida como meio de tentar obter a efetiva melhora do seu quadro clínico. 4.1. A situação em análise configura hipótese excepcional de custeio de tratamento médico não abarcado pelas diretrizes estipuladas pela ANS.

6. Foi ressaltada pelo profissional de saúde responsável pela elaboração do laudo médico a necessidade de urgência na dispensação do exame e tratamento. 6.1. Assim, apresentado o relatório médico circunstanciado que justifique a necessidade de submissão do paciente ao tratamento em questão, e, exauridas as demais possibilidades de tratamento admissíveis, não pode haver ingerência da operadora do plano de saúde a esse respeito.

7. O custeio do procedimento indicado é recomendável e adequado ao quadro clínico apresentado pela autora. 7.1. A relativização da força



obrigatória dos contratos somada aos avanços constantes da medicina retira da administradora do plano a possibilidade de delimitar ou limitar os métodos e alternativas de tratamento médico.

8. A causa de pedir articulada no caso em análise refere-se justamente à peculiaridade de que a criopreservação é medida necessária à garantia do planejamento familiar da consumidora, em decorrência da infertilidade como efeito adverso do tratamento oncológico subministrado. Assim, diante da distinção entre os fatos apreciados no precedente (Resp nº 1822420-SP) e aqueles narrados na causa de pedir em exame nestes autos, é indispensável proceder-se à análise cuidadosa e atenta do caso concreto.

9. Em relação ao alegado dano moral convém destacar que a depender das circunstâncias específicas do caso concreto a negativa de custeio, pelo plano de saúde, de tratamento recomendado pelo médico responsável, é considerada, além de ilegítima, suficiente para ensejar a apontada violação à esfera jurídica extrapatrimonial da paciente. 9.1. Na hipótese dos autos convém observar que a autora não é obrigada a comprovar que experimentou efetivamente o alegado dano moral, bastando, para tanto, que demonstre a ocorrência da situação que deu causa ao ato ilícito. Nisso consiste o caráter *in re ipsa* dos danos extrapatrimoniais.

10. Relativamente ao cálculo do montante a ser pago convém atentar à abordagem dada ao tema pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, sendo conveniente ressaltar que no julgamento do Recurso Especial nº 959.780-ES foi estabelecido o hoje conhecido “método bifásico” com o intuito de encontrar um termo perficiente para a quantificação dos danos morais. No caso em deslinde a quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) revela-se apropriada aos critérios em análise.

11. Recurso de apelação conhecido e desprovido. Recurso adesivo conhecido e provido. Preliminar rejeitada.

ACÓRDÃO

Acordam os Senhores Desembargadores do(a) 2ª Turma Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, ALVARO CIARLINI - Relator, RENATO RODOVALHO SCUSSEL - 1º Vogal e FERNANDO ANTONIO TAVERNARD LIMA - 2º Vogal, sob a Presidência do Senhor Desembargador HECTOR VALVERDE SANTANNA, em proferir a seguinte decisão: RECURSO DE APELAÇÃO CONHECIDO E DESPROVIDO. RECURSO ADESIVO CONHECIDO E PROVIDO. PRELIMINAR REJEITADA. UNÂNIME., de acordo com a ata do julgamento e notas taquigráficas.

Brasília (DF), 11 de Abril de 2025



Desembargador ALVARO CIARLINI
Relator

RELATÓRIO

Trata-se de apelação interposta pela sociedade empresária **Quality Pró Saúde Assistência Médica Ambulatorial Ltda** (Id. 67492029) e recurso adesivo manejado por **Gabriella Santana Ribeiro** (Id. 67492035) contra a sentença proferida pelo Juízo da 6ª Vara Cível da Circunscrição Judiciária de Brasília, que julgou o pedido parcialmente procedente.

Na origem a consumidora ajuizou ação submetida ao procedimento comum, contra a operadora do plano de saúde, com requerimento de antecipação da tutela, com o intuito de obter a condenação da ré ao custeio de tratamento oncológico.

Pretendeu ainda obter a condenação da aludida sociedade empresária ao pagamento do valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) pelos danos morais que alega haver experimentado.

Requeru, finalmente, a condenação da demandada ao reembolso do valor cobrado pelo serviço médico prestado à demandante relativo ao procedimento de criopreservação.

Narrou que é beneficiária do plano de saúde administrado pela demandada, na modalidade coletiva por adesão.



Relatou que foi diagnosticada com câncer de colo do útero, tendo sido submetida a tratamento com quimioterapia e radioterapia. Acrescentou que os aludidos procedimentos têm o potencial de causarem danos ao tecido ovariano, a exemplo de infertilidade.

Informou que em momento anterior ao tratamento oncológico promoveu o procedimento de criopreservação (congelamento de óvulos maduros), sob o preço de R\$ 24.935,00 (vinte e quatro mil novecentos e trinta e cinco reais), tendo sido custeado pela autora.

Afirmou que, a despeito de ter sido beneficiária do plano de saúde administrado pela ré, houve a recusa injustificada do reembolso dos valores desembolsados ao custeio do mencionado procedimento.

O requerimento de antecipação dos efeitos da tutela foi deferido (Id. 67492014), com a determinação de custeio do procedimento de braquiterapia em favor da autora, tendo em vista o término do ciclo quimioterápico.

Decorrida a marcha processual foi proferida a sentença por meio da qual o pedido foi julgado parcialmente procedente (Id. 67492026).

Na ocasião o Juízo singular confirmou os efeitos da tutela anteriormente concedida e determinou que a ré custeasse o procedimento de braquiterapia em favor da autora. Ademais, condenou a operadora do plano de saúde ao reembolso do referido valor solvido pela consumidora.



Entendeu que a ausência do aludido ato cirúrgico no rol de procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde é causa legítima que afasta eventual expectativa nutrida pela autora. Assim, julgou improcedente o item do pedido referente à compensação do afirmado dano moral.

Em suas razões recursais (Id. 67492029) a sociedade empresária apelante afirma, em síntese, que o ato cirúrgico pretendido pela apelada não está previsto no rol de procedimentos obrigatórios, estipulado pela ANS.

Requer, portanto, a reforma da sentença para que o pedido seja julgado improcedente.

A guia de recolhimento do valor referente ao preparo recursal e o respectivo comprovante de pagamento foram regularmente trazidos aos presentes autos (Id. 67492030 e Id. 67492031).

Em suas contrarrazões a apelada pugnou pelo não conhecimento do recurso, ou, subsidiariamente, seu desprovimento (Id. 67492034).

Além disso manejou recurso adesivo, oportunidade em que postulou pela condenação da apelante ao pagamento de compensação dos afirmados danos morais (Id. 67492035).

É o relatório.



VOTOS

O Senhor Desembargador ALVARO CIARLINI - Relator

O recurso deve ser conhecido, pois se encontram preenchidos seus pressupostos extrínsecos e intrínsecos, sendo tempestivo e apropriado à espécie.

No caso em deslinde a consumidora pretende obter a condenação da operadora do plano de saúde administrado pela ré: a) ao custeio de tratamento oncológico; b) ao pagamento de compensação dos alegados danos morais; e, finalmente, c) ao reembolso do valor cobrado pelos serviços médicos prestados à demandante relativos ao procedimento de criopreservação.

Em sua causa de pedir a consumidora afirmou que foi submetida a tratamento quimioterápico em razão do diagnóstico de câncer de colo do útero. Acrescentou que os aludidos procedimentos têm o potencial de causarem danos aos respectivos óvulos, motivo pelo qual custeou o ato cirúrgico de criopreservação (congelamento de óvulos maduros).

A consumidora suscitou, preliminarmente, a ausência de impugnação aos fundamentos da sentença pela entidade aludida. Aduziu que a sociedade empresária referida deixou de proceder à devida indicação a respeito dos fundamentos de fato e de direito para a interposição do recurso de apelação.

A propósito, é necessário destacar que em observância ao princípio da dialeticidade, previsto no art. 932, inc. III, do CPC, a apelação deverá conter a exposição dos fundamentos recursais pelos quais a parte entende que a sentença



impugnada deverá ser reformada ou desconstituída. Assim, é atribuição do recorrente a demonstração dos motivos do alegado desacerto da sentença recorrida, pois, do contrário, não haverá o conhecimento do recurso.

No caso, a despeito do que alega a consumidora, percebe-se que em suas razões recursais (Id. 67492029) a operadora de plano de saúde rebateu diretamente as conclusões exaradas na sentença, tendo justificado suficientemente os motivos pelos quais entende que o aludido provimento jurisdicional deve ser reformado.

A esse respeito examine-se a seguinte ementa da lavra deste Egrégio Tribunal de Justiça:

“APELAÇÃO CÍVEL. PRELIMINAR EM CONTRARRAZÕES. OFENSA AO PRINCÍPIO DA DIALETICIDADE. REJEITADA LEGITIMIDADE. ATIVA DO SINDICATO. DESACOLHIMENTO. CUMPRIMENTO INDIVIDUAL DE SENTENÇA COLETIVA. DETERMINAÇÃO DE EMENDA DA INICIAL. REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS. REGULARIZAÇÃO DA CAPACIDADE POSTULATÓRIA. DILAÇÃO DE PRAZO. JUSTIFICATIVA PLAUSÍVEL. POSSIBILIDADE. INDEFERIMENTO DA INICIAL. PREMATURO. SENTENÇA TORNADA SEM EFEITO.

1. Se a parte recorrente expõe as razões, de fato e de direito, pelas quais entende que deve ser reformada a decisão recorrida, havendo clara fundamentação da insurgência recursal e pedido de reforma, não há ofensa ao princípio da dialeticidade.

2. Apesar de ajuizada pelo Sindicato, a individualização de determinados beneficiários substituídos e conseqüente especificação de seus direitos e eventuais créditos perseguidos em adequação à sentença coletiva caracteriza, em verdade, a liquidação/cumprimento



individual de sentença coletiva, promovida por múltiplos exequentes em litisconsórcio, uma vez que o objeto da ação são pretensões singulares e especificadas em relação a cada interessado.

3. O reconhecimento, na origem, da legitimidade ad causam dos substituídos revela-se incompatível com a alegação, em apelação, de que a legitimidade ativa seria do sindicato.

4. O prazo de 15 (quinze) dias previsto no art. 321 do CPC é dilatatório e não peremptório. Não se coaduna com o princípio da cooperação o pronunciamento judicial que encerra, de maneira prematura, a relação processual cujo fim é a solução do conflito de interesses.

5. A apresentação de procuração ad judicia, como forma de regularidade da representação processual da parte autora, constitui um dos pressupostos de constituição e de desenvolvimento válido e regular do processo. De acordo com o disposto no art. 104 do CPC, pode ocorrer a dispensa a juntada da procuração no ajuizamento da ação, “para evitar preclusão, decadência ou prescrição, ou para praticar ato considerado urgente”, sendo que “o advogado deverá, independentemente de caução, exibir a procuração no prazo de 15 (quinze) dias, prorrogável por igual período por despacho do juiz”, conforme disciplina o § 1º, do citado artigo.

6. Considera-se plausível a justificativa para o pedido de dilação de prazo para emenda da inicial, considerando que o título executivo judicial coletivo alcança milhares de sindicalizados, cada qual com seus respectivos créditos, pulverizados em diversos cumprimentos de sentença individual, a exigir do sindicato elaboração minuciosa de cálculos e coleta de documentos de cada substituído.

7. Em atenção ao princípio da cooperação, e levando-se em conta a natureza dilatatória do prazo de emenda e de regularização da representação processual, bem como a existência de justificativa plausível para o pedido de prorrogação do prazo formulado pela parte autora, deve ser tornada sem efeito a sentença de indeferimento da inicial.

8. Apelo conhecido, preliminares rejeitadas, e, no mérito, provido.”

(Acórdão nº 1667228, 0710497-40.2022.8.07.0018, Relator: ANA CANTARINO, 5ª Turma Cível, Data de Julgamento: 1º/3/2023) (Ressalvam-se os grifos)



Diante desse cenário verifica-se que a sociedade empresária aludida procedeu à devida impugnação aos fundamentos adotados pelo Juízo singular, não tendo ocorrido a alegada violação ao princípio da dialeticidade.

Pelas razões expostas a preliminar suscitada pela autora deve ser rejeitada.

Quanto ao mais a questão submetida ao conhecimento deste Egrégio Tribunal de Justiça consiste em examinar a possibilidade de imposição, à sociedade empresária ré, da obrigação de reembolso, do valor cobrado pelo serviço médico prestado à autora relativo ao procedimento de criopreservação. É necessário analisar, ainda, a possibilidade de condenação da ré ao pagamento de compensação dos danos morais supostamente experimentados pela autora.

Inicialmente, percebe-se que a relação jurídica comercial em exame é de consumo, uma vez que os contratantes se enquadram nos conceitos de consumidor e fornecedor, como preceituam as regras previstas nos artigos 2º e 3º, ambos do Código de Defesa do Consumidor.

Nesse sentido o enunciado nº 608 da Súmula do Colendo Superior Tribunal de Justiça dispõe que “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

A esse respeito examine-se a seguinte ementa proferida deste Egrégio Tribunal de Justiça:



“CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO. CONVÊNIO. NEGATIVA DE COBERTURA. CIRURGIA. NATUREZA. ODONTOLÓGICA OU BUCOMAXILOFACIAL. SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL. NECESSIDADE DE VERTICALIZAÇÃO DA COGNIÇÃO. PRODUÇÃO PROBATÓRIA. PONDERAÇÃO. FUNÇÃO SOCIAL. BOA-FÉ. SOLIDARIEDADE. ATENDIMENTO EMERGENCIAL. URGÊNCIA. JUÍZO DE PROBABILIDADE. PROPORCIONALIDADE. CONCESSÃO DA TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA NA ORIGEM. MANUTENÇÃO. ÔNUS. TEORIA DO RISCO-PROVEITO.

1. A relação firmada entre as partes está submetida ao Código de Defesa do Consumidor (artigos 2º e 3º), sendo a parte apelante/ré atuante nas operações relacionadas ao fornecimento de plano de saúde que operam no mercado aberto na comercialização de seus serviços e produtos ao público em geral e, de outro lado, o conveniado que os utiliza como destinatário final (enunciado n.º 608 da Súmula do STJ).

2. Os contratos de assistência à saúde devem ser pautados pelos princípios da solidariedade, boa-fé e função social no que concerne às situações limites que podem render abalo direto à vida do consumidor, que não pode se ver desamparado diante da necessidade premente de internação ou tratamento de urgência capaz de preservar sua atual condição de vida, sendo imperioso o atendimento às suas legítimas expectativas contratuais quanto à adequação dos serviços prestados.

3. Observado que há no caso divergências substanciais quanto à natureza do procedimento postulado pela parte conveniada e, por consequência, controvérsias quanto ao encaixa da cobertura contratual frente à segmentação contratada, deve-se prestigiar os princípios da solidariedade, boa-fé e função social no que concerne às situações limites que podem render abalo direto à saúde do consumidor, que não pode se ver desamparado diante da necessidade premente de um tratamento de urgência capaz de preservar ou conferir maior dignidade à sua atual condição de vida, sendo imperioso o atendimento às suas legítimas expectativas quanto ao contrato e a adequação dos serviços prestados (artigos 18, §6º, III; 20, §2º; 47; e 51, VI, todos do Código de Defesa do Consumidor).

4. Na espécie, deve ser mantida a decisão originária que concedeu a tutela de urgência provisória, o que também delinea um eventual ônus para a parte autora, ora agravada, que se sujeita à teoria do risco-proveito na consecução da medida judicial antecipatória que defere a realização do tratamento indicado no seu pedido de tutela de urgência (artigo 302, inciso I, do Código de Processo Civil).



5. Agravo de instrumento conhecido e desprovido; e agravo interno prejudicado.”

(Acórdão nº 1602002, 0714723-45.2022.8.07.0000, Relator: MARIA DE LOURDES ABREU, 3ª Turma Cível, Data de Julgamento: 4/8/2022)
(Ressalvam-se os grifos)

De acordo com o relatório médico (Id. 67491984) a paciente foi diagnosticada com câncer de colo do útero, tendo sido submetida a tratamento com quimioterapia e radioterapia.

Nesse contexto a autora afirma que efetuou procedimento de criopreservação em momento anterior aos aludidos tratamentos, com o intuito de salvaguarda dos respectivos óvulos. Acrescenta que o mencionado procedimento foi custeado por ela.

No caso em deslinde a demandada aduz que na hipótese dos autos está configurada a utilização de tratamento não previsto no rol de procedimentos obrigatórios da ANS à época do requerimento (Id. 67492029, fl. 12).

O cerne da questão relativa à negativa de reembolso diz respeito à alegada ausência de inclusão da criopreservação no rol de custeio obrigatório estipulado pela ANS à época do requerimento de custeio.

No caso em exame observe-se o teor do relatório elaborado pelo profissional de saúde dirigido à operadora do plano de saúde (Id. 67491981 e Id. 67491982):



“Paciente Gabriella Santana Ribeiro, submetida a procedimento de congelamento de óvulos previamente ao tratamento oncológico, como forma de preservação da fertilidade.

Diagnóstico 08/12/2023 de câncer de colo de útero - carcinoma de células escamosas invasor, será submetida a quimioterapias e radioterapias, tratamento citotóxico ao tecido ovariano, com grande probabilidade de infertilidade futura.

Ainda sem prole definida, com direito ao congelamento de gametas femininos antes da terapia adjuvante.

Realizado procedimento de "Aspiração de folículos" no dia 16/02/2024 com posterior congelamento dos óvulos maduros.

(código TUSS 31308015).

Esse tipo de procedimento é invasivo, com uso de agulha para punção em ovários, através de punção de fundo de saco vaginal; é um procedimento doloroso, com necessidade de sedação anestésica para que a paciente não sinta dor, nem apresenta movimentação durante o procedimento, que poderia acarretar em maiores lesões do ovário.

À disposição para maiores esclarecimentos.

CID C53” (Ressalvam-se os grifos)

No caso em deslinde o custeio do procedimento de criopreservação é recomendável e adequado ao quadro clínico aludido.

O Colendo Superior Tribunal de Justiça recentemente consolidou o entendimento de que o rol de procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde tem caráter taxativo, no julgamento do EREsp 1886929-SP.

No aludido julgamento consignou-se que a taxatividade do referido rol como regra é necessária para: a) preservar o equilíbrio econômico dos seguros de saúde, b) preservar a higidez dos cálculos atuariais correspondentes, c) proteger o



consumidor assegurando o direito à saúde a preços acessíveis, de modo a contemplar a camada mais ampla e vulnerável economicamente da população e d) evitar que o paciente seja submetido a exame ou tratamento inadequado ou destituído de respaldo técnico.

O acórdão proferido no EREsp 1886929-SP ressaltou que o custeio de tratamentos, exames ou procedimentos não previstos no Rol da ANS somente pode ser admitida, de modo pontual, desde que seja demonstrada a efetiva necessidade, por meio de prova técnica produzida nos autos, não bastando apenas a indicação feita pelo médico ou odontólogo que acompanha o paciente. Há de ser observado, prioritariamente, o rol estabelecido pela ANS.

Foram estabelecidos, com efeito, critérios para a determinação do custeio de procedimento não abarcado pelo rol da ANS para as hipóteses em que não houver substituto terapêutico ou forem esgotados os procedimentos descritos pelo aludido rol.

Nesses casos pode haver, excepcionalmente, o custeio do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo que acompanha o paciente desde que: “a) não tenha sido indeferida expressamente pela ANS a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar, b) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências, c) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e NatJus) ou estrangeiros (ex.: FDA) e d) 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”.



A esse respeito examine-se a ementa do aludido julgado da lavra do Colendo Superior Tribunal de Justiça:

“EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. DIVERGÊNCIA ENTRE AS TURMAS DE DIREITO PRIVADO ACERCA DA TAXATIVIDADE OU NÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, INEQUIVOCAMENTE ESTABELECIDNA SUA PRÓPRIA LEI DE CRIAÇÃO. ATO ESTATAL DO REGIME JURÍDICO DE DIREITO ADMINISTRATIVO AO QUAL SE SUBMETEM FORNECEDORES E CONSUMIDORES DA RELAÇÃO CONTRATUAL DE DIREITO PRIVADO. GARANTE A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO, A RECUPERAÇÃO E A REABILITAÇÃO DE TODAS AS ENFERMIDADES. SOLUÇÃO CONCEBIDA E ESTABELECIDNA PELO LEGISLADOR PARA EQUILÍBRIO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. ENUNCIADO N. 21 DA I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE DO CNJ. CDC. APLICAÇÃO SUBSIDIÁRIA À RELAÇÃO CONTRATUAL, SEMPRE VISANDO O EQUILÍBRIO. HARMONIZAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DA PRIMEIRA E SEGUNDA SEÇÕES NO SENTIDO DE VELAR AS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E A DISCRICIONARIEDADE TÉCNICA DA AUTARQUIA ESPECIALIZADA. FIXAÇÃO DA TESE DA TAXATIVIDADE, EM REGRA, DA RELAÇÃO EDITADA PELA AGÊNCIA, COM ESTABELECIMENTO DE PARÂMETROS OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS SUBMETIDAS AO JUDICIÁRIO.

1. A Lei n. 9.961/2000 criou a ANS, estabelecendo no art. 3º sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Já o art. 4º, III, elucida que compete à ANS elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades.

2. Por inequívoca opção do legislador, extrai-se tanto do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 quanto do art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000 que é atribuição dessa agência elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Nessa toada, o Enunciado n. 21 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ propugna que se considere, nos



contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei n. 9.656/1998, o Rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas.

3. Por um lado, a Resolução Normativa ANS n. 439/2018, ora substituída pela Resolução Normativa ANS n. 470/2021, ambas dispendo sobre o rito processual de atualização do Rol, estabelece que as propostas de sua atualização serão recebidas e analisadas mediante critérios técnicos relevantes de peculiar complexidade, que exigem alto nível de informações, quais sejam, utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde - ATS, princípios da saúde baseada em evidências - SBE, manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor. Por outro lado, deixando claro que não há o dever de fornecer todas e quaisquer coberturas vindicadas pelos usuários dos planos de saúde, ao encontro das mencionadas resoluções normativas da ANS, a Medida Provisória n. 1.067, de 2 de setembro de 2021, incluiu o art. 10-D, § 3º, I, II e III, na Lei 9.656/1998 para estabelecer, no mesmo diapasão do regramento infralegal, a instituição da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, à qual compete assessorar a ANS nas atribuições de que trata o § 4º do art. 10, devendo apresentar relatório que considerará: I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, do produto ou do procedimento analisado, reconhecidas pelo órgão competente para o registro ou a para a autorização de uso; II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às coberturas já previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, quando couber; e III - a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar.

4. O Rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, a preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável economicamente da população. Por conseguinte, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo - devendo, ademais, a cobertura mínima, paradoxalmente, não ter limitações definidas - tem o condão de efetivamente padronizar todos os planos e seguros de saúde e restringir a livre concorrência, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, o que representaria, na verdade, suprimir a própria existência do "Rol mínimo" e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais extensa faixa da população.



5. A par de o Rol da ANS ser harmônico com o CDC, a Segunda Seção já pacificou que "as normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei nº 9.656/1998. De qualquer maneira, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova" (EAREsp n. 988.070/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 8/11/2018, DJe de 14/11/2018). Dessa maneira, ciente de que o Rol da ANS é solução concebida pelo próprio legislador para harmonização da relação contratual buscada nas relações consumeristas, também não caberia a aplicação insulada do CDC, alheia às normas específicas inerentes à relação contratual.

6. Não se pode perder de vista que se está a discutir direitos e obrigações da relação contratual que envolvem plano de saúde e usuário, e não o estabelecimento de obrigação de fazer ou de não fazer a terceiro, que nem mesmo integra a lide. A ANS, ao contrário do médico-assistente da parte litigante, analisa os procedimentos e eventos sob perspectiva coletiva, tendo em mira a universalização do serviço, de modo a viabilizar o atendimento do maior número possível de usuários. Mesmo o correto e regular exercício profissional da Medicina, dentro das normas deontológicas da profissão, usualmente possibilita ao profissional uma certa margem de subjetividade, que, por vezes, envolve convicções pessoais ou melhor conveniência, mas não pode nortear a elaboração do Rol.

7. Conforme adverte a doutrina especializada, muito além de servir como arrimo para precificar os valores da cobertura básica e mínima obrigatória das contratações firmadas na vigência da lei de Planos de Saúde, o Rol de procedimentos, a cada nova edição, delinea também a relevante preocupação do Estado em não expor o consumidor e paciente a prescrições que não encontrem respaldo técnico estudado e assentado no mundo científico, evitando-se que virem reféns dos interesses - notadamente econômicos - da cadeia de fornecedores de produtos e serviços que englobam a assistência médico-hospitalar e odontológica suplementar.

8. Legítima é a confiança que está de acordo com o direito, despertada a partir de circunstâncias objetivas. Com efeito, o entendimento de que o Rol - ato estatal, com expressa previsão legal e imperatividade inerente, que vincula fornecedores e consumidores - deve ser considerado meramente exemplificativo em vista da vulnerabilidade do consumidor, isto é, lista aberta sem nenhum paralelo no mundo, ignora que é ato de direito administrativo, e não do fornecedor de serviços,



assim como nega vigência a diversos dispositivos legais, ocasionando antisseleção, favorecimento da concentração de mercado e esvaziamento da competência atribuída à ANS pelo Poder Legislativo para adoção de medidas regulatórias voltadas a equilibrar o setor de saúde suplementar de forma ampla e sistêmica, com prejuízo para toda a coletividade envolvida. Afeta igualmente a eficácia do direito constitucional à saúde (art. 196 da CF), pois a interferência no equilíbrio atuarial dos planos de saúde privados contribui de forma significativa para o encarecimento dos produtos oferecidos no mercado e para o incremento do reajuste da mensalidade no ano seguinte, dificultando o acesso de consumidores aos planos e seguros, bem como sua manutenção neles, retirando-lhes a confiabilidade assegurada pelo Rol de procedimentos, no que tange à segurança dos procedimentos ali elencados, e ao Sistema Único de Saúde (SUS), que, com esse entendimento jurisprudencial, reflexamente teria sua demanda aumentada.

9. Em recentes precedentes específicos envolvendo a supressão das atribuições legais da ANS, as duas Turmas de Direito Público decidiram que, "segundo entendimento firmado neste Superior Tribunal de Justiça, até prova cabal em contrário, deve prevalecer a presunção de legitimidade dos atos administrativos praticados pelas agências reguladoras", "sendo inviável qualquer discussão acerca do próprio mérito administrativo" (AgInt nos EDcl no REsp n. 1.834.266/PR, relator Ministro Sérgio Kukina, Primeira Turma, julgado em 22/3/2021, DJe de 25/3/2021). Ademais, assentaram que não é papel do Judiciário promover a substituição técnica por outra concepção defendida pelo julgador, sendo "incabível substituição da discricionariedade técnica pela discricionariedade judicial" (AgInt no REsp n. 1.823.636/PR, relator Ministro Mauro Campbell Marques, Segunda Turma, julgado em 14/9/2021, DJe de 16/9/2021).

10. Diante desse cenário e buscando uma posição equilibrada e ponderada, conforme o entendimento atual da Quarta Turma, a cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos não previstos no Rol da ANS somente pode ser admitida, de forma pontual, quando demonstrada a efetiva necessidade, por meio de prova técnica produzida nos autos, não bastando apenas a prescrição do médico ou odontólogo que acompanha o paciente, devendo ser observados, prioritariamente, os contidos no Rol de cobertura mínima. Deveras, como assentado pela Corte Especial na esfera de recurso repetitivo, REsp n. 1.124.552/RS, o melhor para a segurança jurídica consiste em não admitir que matérias técnicas sejam tratadas como se fossem exclusivamente de direito, resultando em deliberações arbitrárias ou



divorciadas do exame probatório do caso concreto. Ressaltou-se nesse precedente que: a) não é possível a ilegítima invasão do magistrado em seara técnica à qual não é afeito; b) sem dirimir a questão técnica, uma ou outra conclusão dependerá unicamente do ponto de vista do julgador, manifestado quase que de forma ideológica, por vez às cegas e desprendido da prova dos autos; c) nenhuma das partes pode ficar ao alvedrio de valorações superficiais.

11. 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.

12. No caso concreto, a parte autora da ação tem esquizofrenia paranoide e quadro depressivo severo e, como os tratamentos medicamentosos não surtiram efeito, vindica a estimulação magnética transcraniana - EMT, ainda não incluída no Rol da ANS. O Conselho Federal de Medicina - CFM, conforme a Resolução CFM n. 1.986/2012, reconhece a eficácia da técnica, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas, esquizofrenias, bem como para o planejamento de neurocirurgia, mantendo o caráter experimental para as demais indicações. Consoante notas técnicas de NatJus de diversos Estados e do DF, o procedimento, aprovado pelo FDA norte-americano, pode ser mesmo a solução imprescindível para o tratamento de



pacientes que sofrem das enfermidades do recorrido e não responderam a tratamento com medicamentos - o que, no ponto, ficou incontroverso nos autos.

13. Com efeito, como o Rol não contempla tratamento devidamente regulamentado pelo CFM, de eficácia comprovada, que, no quadro clínico do usuário do plano de saúde e à luz do Rol da ANS, é realmente a única solução imprescindível ao tratamento de enfermidade prevista na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID, notadamente por não haver nas diretrizes da relação editada pela Autarquia circunstância clínica que permita essa cobertura, é forçoso o reconhecimento do estado de ilegalidade, com a excepcional imposição da cobertura vindicada, que não tem preço significativamente elevado.

14. Embargos de divergência a que se nega provimento.”

(EREsp nº1.886.929-SP, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, 2ª Seção, Data de julgamento: 8/6/2022) (Ressalvam-se os grifos)

A taxatividade do rol elaborado pela ANS é regra, nos termos do precedente vinculativo retromencionado, podendo ser autorizado o custeio de exames, tratamentos, medicamentos e procedimentos diversos em hipóteses excepcionais.

Em decorrência desse julgamento, o Congresso Nacional editou a Lei nº 14.454/2022, sancionada pelo Presidente da República em setembro do mesmo ano, alterando a Lei nº 9.656/1998, que dispõe a respeito dos planos privados de assistência à saúde, com a fixação de critérios que permitam o custeio de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

Nesse sentido, foi incluído o parágrafo 13 no artigo 10 da mencionada lei, que assim dispõe:



“§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que: (Incluído pela Lei nº 14.454, de 2022)

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou (Incluído pela Lei nº 14.454, de 2022)

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais. (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)”

No caso em exame a nova regra jurídica editada optou por requisitos normativos menos rígidos aos que foram adotados pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça ao julgar o EREsp 1886929-SP.

Diante da previsão contida no art. 10, § 13, inc. I, da Lei nº 14.454/2022, fica claro que é esse o caso versado na presente demanda.

Torna-se evidente, portanto, que a situação em análise configura hipótese excepcional de custeio de tratamento médico não abarcado pelas diretrizes estipuladas pela ANS à época do requerimento.



Verifica-se que foi ressaltada pelo profissional médico responsável pela confecção do referido laudo a necessidade de urgência na dispensação do tratamento.

Convém também não olvidar que é atribuição do profissional médico a decisão a respeito dos exames e tratamentos mais adequados ao paciente, respeitando-se as diretrizes e estudos científicos, seja na fase de diagnóstico ou do próprio tratamento, o que garantirá maior reestabelecimento da saúde do paciente.

Assim, apresentado o laudo médico circunstanciado que justifique a necessidade de submissão da paciente ao tratamento em questão e exauridas as demais possibilidades médicas, de acordo com o seu quadro clínico, não pode haver ingerência da operadora de plano de saúde a esse respeito.

É evidente, ademais, que o estado de saúde da consumidora é grave e exige cuidados específicos.

A propósito, examinem-se as seguintes ementas da lavra deste Egrégio Tribunal de Justiça:

“APELAÇÃO CÍVEL. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. ESCLEROSE MÚLTIPLA PRIMARIAMENTE PROGRESSIVA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO PRESCRITO. OCRELIZUMABE. RECUSA DE COBERTURA ABUSIVA. MEDICAMENTO COM REGISTRO NA ANVISA. ROL DA ANS. PREVISÃO. LEI N. 14.454/2022.

1. Comprovada a necessidade do uso do medicamento prescrito por médico assistente ocrelizumabe para tratamento da doença grave que acomete a autora, esclerose múltipla primariamente progressiva,



configura-se abusiva a recusa da cobertura. De acordo com entendimento do STJ, o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não pode limitar o tipo de tratamento a ser utilizado pelo paciente.

2. A ANS estabelece rol mínimo de procedimentos, sendo, portanto, exemplificativo, competindo ao médico estabelecer o procedimento mais adequado ao tratamento do paciente.

3. A negativa da ré, calcada na ausência de preenchimento dos requisitos do DUT 65.13 da ANS, não se justifica, pois a referida Diretriz de Utilização da ANS foi respeitada, conforme relatório médico.

4. Recurso conhecido e desprovido.”

(Acórdão nº 1967250, 0706513-71.2024.8.07.0020, Relator: SONÍRIA ROCHA CAMPOS D'ASSUNÇÃO, 6ª TURMA CÍVEL, Data de Julgamento: 5/2/2025) (Ressalvam-se os grifos)

“PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DOMICILIAR. SOMATROPINA (HORMÔNIO DO CRESCIMENTO). OBRIGATORIEDADE DE COBERTURA. DANOS MATERIAIS E MORAIS. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Apelação interposta contra sentença que julgou improcedente o pedido de fornecimento do medicamento Somatropina, prescrito para tratamento de deficiência parcial do hormônio de crescimento (DGH) em paciente de 12 anos de idade, beneficiário de plano de saúde, além de indenização por danos materiais e morais. O apelante busca a reforma da sentença, sustentando a imprescindibilidade do tratamento para o desenvolvimento do paciente.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há três questões em discussão: (i) definir se o plano de saúde é obrigado a fornecer o medicamento Somatropina, prescrito para uso domiciliar; (ii) estabelecer se há abusividade na negativa de cobertura do tratamento; (iii) determinar a existência de danos materiais e morais decorrentes da recusa da operadora do plano de saúde.



III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O plano de saúde é obrigado a fornecer tratamento ou procedimento prescrito por médico assistente, ainda que o medicamento não esteja previsto no Rol de Procedimentos da ANS, conforme disposto no art. 12 da Lei n. 9.656/1998, alterada pela Lei n. 14.454/2022, desde que comprovada a eficácia do tratamento com base em evidências científicas.

4. A negativa de cobertura pelo plano de saúde, com base na ausência de previsão no rol da ANS, revela-se abusiva, pois o rol é meramente exemplificativo, não podendo limitar a cobertura de procedimentos essenciais à saúde e ao desenvolvimento do paciente, conforme jurisprudência consolidada do STJ e precedentes deste Tribunal.

5. O medicamento Somatropina é prescrito para o tratamento de deficiência parcial do hormônio do crescimento, configurando abusividade a negativa de custeio, pois compromete o desenvolvimento físico e psicológico do paciente.

6. A negativa indevida de fornecimento do medicamento configura violação à boa-fé objetiva e aos direitos de personalidade do paciente, ensejando reparação por danos materiais, referentes aos gastos com o tratamento, e danos morais, dada a angústia causada pela recusa.

IV. DISPOSITIVO E TESE

7. Recurso parcialmente provido.

Tese de julgamento:

1. O fato de existir norma abstrata afastando a obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos de uso domiciliar por parte dos planos de saúde não desobriga a apelada de fornecer medicamento que é indispensável ao tratamento da doença para a qual oferece cobertura, sob pena de se desvirtuar a finalidade do contrato de assistência à saúde e frustrar a essência do tratamento.

2. A negativa de cobertura de medicamento necessário ao tratamento do paciente, prescrito por médico assistente, é abusiva e enseja reparação por danos materiais e morais.”

(Acórdão nº 1966198, 0744126-22.2023.8.07.0001, Relator: RENATO SCUSSEL, 2ª Turma Cível, Data de Julgamento: 5/2/2025)
(Ressalvam-se os grifos)



A respeito do procedimento de fertilização *in vitro*, o que abrange a técnica de criopreservação, o Colendo Superior Tribunal de Justiça, por meio de acórdão publicado aos 27 de outubro de 2021, ao promover o julgamento do REsp nº 1822420-SP (tema nº 1067 sob a sistemática dos recursos repetitivos), fixou a seguinte tese jurídica:

“Salvo disposição contratual expressa, os planos de saúde não são obrigados a custear o tratamento médico de fertilização *in vitro*.”

No referido julgamento paradigmático a Corte Superior de Justiça destacou que se existe vedação de custeio obrigatório para procedimento menos complexo, no caso a inseminação artificial (art. 10, inc. III, da Lei nº 9.656/1998), com mais razão deve ser proibida a imposição da fertilização *in vitro*, que consiste em ato mais complexo e oneroso. Assim, a exigência do aludido procedimento somente é viável se houver previsão no instrumento negocial celebrado entre as partes.

Ocorre que no caso em exame subsiste situação jurídica que não foi enfrentada pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça por ocasião do aludido julgamento, que é a imprescindibilidade da criopreservação em decorrência do diagnóstico de câncer do colo do útero.

Nesse contexto a criopreservação deve ser compreendida como etapa imanente ao tratamento oncológico indicado à paciente, com fundamento no princípio do planejamento familiar previsto no art. 226, § 7º, da Constituição Federal. Trata-se de medida preventiva à infertilidade.



A propósito, atente-se ao teor da seguinte ementa da lavra do Colendo Superior Tribunal:

“RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. BENEFICIÁRIA ACOMETIDA DE CÂNCER DE MAMA. PRESCRIÇÃO DE QUIMIOTERAPIA. RISCO DE INFERTILIDADE COMO EFEITO ADVERSO DO TRATAMENTO. CRIOPRESERVAÇÃO DOS ÓVULOS. PRINCÍPIO MÉDICO "PRIMUM, NON NOCERE". OBRIGAÇÃO DE COBERTURA DO PROCEDIMENTO ATÉ À ALTA DA QUIMIOTERAPIA.

1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 01/07/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 18/05/2021 e concluso ao gabinete em 25/05/2023.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde custear o procedimento de criopreservação de óvulos, como medida preventiva à infertilidade, enquanto possível efeito adverso do tratamento de quimioterapia prescrito à recorrida, acometida por um câncer de mama.

3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022 do CPC/15.

4. Esta Turma, ao julgar o REsp 1.815.796/RJ (julgado em 26/05/2020, DJe de 09/06/2020), fez a distinção entre o tratamento da infertilidade - que, segundo a jurisprudência, não é de cobertura obrigatória pelo plano de saúde (REsp 1.590.221/DF, Terceira Turma, julgado em 07/11/2017, DJe de 13/11/2017) - e a prevenção da infertilidade, enquanto efeito adverso do tratamento prescrito ao paciente e coberto pelo plano de saúde.

5. O princípio do *primum, non nocere* (primeiro, não prejudicar), não impõe ao profissional da saúde um dever absoluto de não prejudicar, mas o de não causar um prejuízo evitável, desnecessário ou desproporcional ao paciente, provocado pela própria enfermidade que se pretende tratar; dele se extrai um dever de prevenir, sempre que possível, o dano previsível e evitável resultante do tratamento médico prescrito.



6. Conclui-se, na ponderação entre a legítima expectativa da consumidora e o alcance da restrição estabelecida pelo ordenamento jurídico quanto aos limites do contrato de plano de saúde, que, se a operadora cobre o procedimento de quimioterapia para tratar o câncer de mama, há de fazê-lo também com relação à prevenção dos efeitos adversos e previsíveis dele decorrentes, como a infertilidade, de modo a possibilitar a plena reabilitação da beneficiária ao final do seu tratamento, quando então se considerará devidamente prestado o serviço fornecido.

7. Se a obrigação de prestação de assistência médica assumida pela operadora de plano de saúde impõe a realização do tratamento prescrito para o câncer de mama, a ele se vincula a obrigação de custear a criopreservação dos óvulos, sendo esta devida até a alta do tratamento de quimioterapia prescrito para o câncer de mama, a partir de quando caberá à beneficiária arcar com os eventuais custos, às suas expensas, se necessário for.

8. Recurso especial conhecido e, nessa extensão, parcialmente provido.”

(REsp nº 1962984-SP, Relator Ministra NANCY ANDRIGHI, 3ª Turma, Data de Julgamento: 15/8/2023) (Ressalvam-se os grifos)

Em relação ao alegado dano moral convém destacar que a depender das circunstâncias específicas do caso concreto a negativa de custeio, pelo plano de saúde, de tratamento recomendado pelo médico responsável, é considerada, além de ilegítima, suficiente para ensejar a apontada violação à esfera jurídica extrapatrimonial da paciente.

Na hipótese dos autos convém observar que a autora não é obrigada a comprovar que experimentou efetivamente o alegado dano moral, bastando, para tanto, que demonstre a ocorrência da situação que deu causa ao ato ilícito. Nisso consiste o caráter *in re ipsa* dos danos extrapatrimoniais.



Relativamente ao cálculo do montante a ser pago, convém atentar à abordagem dada ao tema pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, sendo conveniente ressaltar que no julgamento do Recurso Especial nº 959.780-ES foi estabelecido o hoje conhecido “método bifásico” com o intuito de encontrar um termo perficiente para a quantificação dos danos morais.

A primeira fase do arbitramento deve levar em consideração grupos de julgados a respeito da questão de fundo em exame. Em seguida, na segunda fase, devem ser analisadas as circunstâncias particulares do caso, que envolvem:

“... as consequências para a vítima (dimensão do dano), a intensidade do dolo ou o grau de culpa do agente (culpabilidade do agente), a eventual participação culposa do ofendido (culpa concorrente da vítima), a condição econômica do ofensor e as condições pessoais da vítima (posição política, social e econômica)”.^[1]

Verifica-se que, em razão da conduta da sociedade empresária demandada, a demandante experimentou danos que atingiram sua esfera jurídica extrapatrimonial.

Nesse sentido observem-se as seguintes ementas proferidas deste Egrégio Tribunal de Justiça:

“APELAÇÃO. CONSTITUCIONAL. CONSUMIDOR. PROCESSO CIVIL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER. COLETA E CRIOPRESERVAÇÃO DE SÊMEN. INFERTILIDADE EM DECORRÊNCIA DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO. CUSTEIO PELA OPERADORA. DIREITO À SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. DANOS MORAIS CONFIGURADOS.



1. Segundo o Enunciado nº 608, da Súmula do STJ, “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

2. O art. 35-F, da Lei nº 9.656/98, prevê que a assistência à saúde fornecida pelas operadoras de saúde compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença, à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde do beneficiário.

3. A criopreservação objetiva a atenuação dos efeitos colaterais da quimioterapia, não sendo razoável a recusa do plano de saúde em custear o procedimento quando prescrito pelo médico responsável.

4. A recusa da operadora do plano de saúde em autorizar a realização de procedimentos médico-hospitalares necessários para o efetivo tratamento do paciente, quando há recomendação médica, agrava o sofrimento e aumenta a angústia e a pressão psicológica de quem necessita de tratamento, configurando, assim, o dano moral, passível de ser compensado.

5. Apelo provido.”

(Acórdão nº 1888911, 0728930-12.2023.8.07.0001, Relator: ARNOLDO CAMANHO DE ASSIS, 4ª TURMA CÍVEL, Data de Julgamento: 4/7/2024) (Ressalvam-se os grifos)

“APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. JUNTA MÉDICA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. IMPOSSIBILIDADE. INADIMPLEMENTO CONTRATUAL. DANO MORAL. VIOLAÇÃO A DIREITOS DA PERSONALIDADE. CARACTERIZAÇÃO. INDENIZAÇÃO DEVIDA. *QUANTUM*. PEDIDOS DIVERSOS. FIXAÇÃO DE HONORÁRIOS. OBRIGAÇÃO DE FAZER E DE PAGAR. VALOR DA CONDENAÇÃO.

1. A relação jurídica havida entre as partes se submete ao Código de Defesa do Consumidor, na linha do enunciado nº 469 do Superior Tribunal de Justiça: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde".

2. Nos termos da Resolução 424/2017, a formação de junta médica ou odontológica ocorre para dirimir divergência técnico-assistencial sobre



procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde. 2.1. A norma prevê de forma expressa, entretanto, que não se admite a realização de junta médica nos casos de urgência ou emergência.

3. No caso dos autos, diante da gravidade do quadro da autora, a instauração de junta médica foi indevida, ainda mais porque o parecer da Junta Médica representou verdadeira negativa de tratamento, que não pôde ser realizado nos moldes em que proposto pelo médico assistente, razão pela qual o tratamento acabou por ser postergado. 3.1. A conduta da seguradora ré, portanto foi ilegal, haja vista que tratando-se de procedimento urgente não cabia a negativa de autorização do procedimento.

4. Os valores das astreintes fixados na decisão que deferiu o pedido de antecipação dos efeitos da tutela devem ser mantidos quando obedecem aos princípios de razoabilidade e proporcionalidade, estando em harmonia com a jurisprudência desse Tribunal de Justiça.

5. No que diz respeito aos danos morais, a recusa à autorização para realização de tratamentos necessários, prescritos na hipótese, é circunstância que ultrapassa o mero dissabor ou aborrecimento, ensejando, assim, a reparação por danos morais sofridos, principalmente diante das circunstâncias presentes no caso em exame, em que se fazia presente a possibilidade de agravamento das condições da paciente.

6. A dificuldade na mensuração do valor da indenização exige que o magistrado, atento às peculiaridades de cada caso concreto, e sopesando as condições econômicas e sociais do ofendido e do ofensor, busque em seu senso prático as circunstâncias do fato, a extensão do dano e seus efeitos, sem esquecer que a indenização deve ser suficiente para reparar o dano, não podendo importar em enriquecimento indevido.

7. Nesse contexto, tenho que o valor deve ser majorado a se mostrar apto a coibir a reiteração da prática do ato ilícito pelas rés/apeladas e para compensar a violação da personalidade suportada pela autora enquanto privada da realização de procedimento necessário à sua saúde, devidamente prescrito em seu atendimento médico de urgência.

8. A cumulação de pedidos não acarreta a imposição de dupla sucumbência, razão pela qual não se mostra possível o desmembramento do cálculo dos honorários sucumbenciais, fixando-se a verba com fundamentos diversos.



9. O Código de Processo Civil, nos termos do § 2º, do art. 85, estabelece uma ordem de parâmetros para fixação dos honorários advocatícios: a) valor da condenação; b) proveito econômico obtido, caso não haja condenação e c) o valor atualizado da causa, caso não haja condenação nem obtenção de proveito econômico.

10. Recurso da ré conhecido e não provido. Recurso da autora conhecido e parcialmente provido.”

(Acórdão nº 1426146, 0734152-29.2021.8.07.0001, Relator: GISLENE PINHEIRO, 7ª Turma Cível, Data de Julgamento: 25/5/2022)

Valor da Indenização de Danos Morais: R\$ 8.000,00 (oito mil reais)

“APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL, PROCESSUAL CIVIL E DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. PEDIDO DE CONCESSÃO DE EFEITO SUSPENSIVO FORMULADO NAS RAZÕES DA APELAÇÃO. CONHECIMENTO. IMPOSSIBILIDADE (ARTIGO 1012, § 3º, CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL). CIRURGIA ORTOGNÁTICA MAXILO MANDIBULAR FUNCIONAL. SÚMULA Nº 469 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. NEGATIVA INDEVIDA DA SEGURADORA DE SAÚDE. FORMAÇÃO DE SUPOSTA JUNTA MÉDICA COMPOSTA POR APENAS UM PROFISSIONAL. NÃO OBSERVÂNCIA DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 424/2017 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. DEVER DE COBERTURA. DESNECESSIDADE DE PREVISÃO NO ROL DA ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM COMPENSATÓRIO. RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. SENTENÇA MANTIDA.

1. Consoante a nova sistemática processual civil, o pedido de concessão de efeito suspensivo deve ser formulado por petição autônoma, dirigida ao tribunal, no período compreendido entre a interposição da apelação e sua distribuição, ou ao relator, se já distribuída, nos termos do §3º do artigo 1.012 do Código de Processo Civil. Assim, uma vez realizado o pleito nas razões de apelação, não cabe sequer sua análise, justamente porque não observado o procedimento correto para o requerimento.



2. Consoante inteligência da Súmula nº 469 do colendo Superior Tribunal de Justiça: "aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde".

3. Revela-se abusiva a limitação da terapêutica a ser utilizada para a recuperação da paciente, pois cabe ao cirurgião assistente a indicação do melhor tratamento a ser seguido.

4. Nos termos do artigo 6º, § 1º, da Resolução Normativa nº 424/2017 ANS, a junta médica ou odontológica será formada por três profissionais: o assistente, o da operadora e o desempatador. Logo, a formação de junta odontológica em desacordo com a mencionada resolução reveste de ilegitimidade a recusa do plano de saúde em cobrir tratamento prescrito por profissional que acompanha paciente.

5. O fato de o procedimento objeto da demanda, não estar inserido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS não constitui óbice ao seu fornecimento, haja vista que o Rol é meramente exemplificativo e não taxativo, portanto, não esgota os procedimentos que devem ser cobertos pelas operadoras dos planos de saúde.

6. A recusa da cobertura de tratamento por parte de prestadora de plano de saúde enseja dano moral quando aquela se mostra ilegítima e abusiva, e do fato resulta abalo que extrapola o plano do mero dissabor. Precedentes do STJ (AgRg no REsp 1298844/RS, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 02/08/2012, DJe 13/08/2012).

7. O valor fixado a título de compensação por danos morais, em que pese a falta de critérios objetivos, deve ser pautado pela proporcionalidade e razoabilidade, além de servir como forma de compensação ao dano sofrido e de possuir caráter sancionatório e inibidor da conduta praticada.

8. Apelação cível conhecida e não provida.”

(Acórdão nº 1237223, 0700904-43.2019.8.07.0001, Relator: SIMONE LUCINDO, 1ª Turma Cível, Data de Julgamento: 11/3/2020)

Valor da Indenização de Danos Morais: R\$ 10.000,00 (dez mil reais).



Observe-se, a partir das ementas acima transcritas, que o valor das indenizações por danos morais em decorrência da negativa de custeio varia de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) a R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Estabelecido o valor médio das indenizações, o segundo passo consiste em examinar as circunstâncias particulares do caso.

Nesse ponto, para haver a quantificação do montante do dano devem ser atendidos os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, de forma que o valor não favoreça o enriquecimento sem causa da vítima, nem seja ínfimo a ponto de servir como estímulo ao cometimento dessa sorte de ilícito.

De acordo com os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, a indenização pelo dano moral tem a finalidade de punir e alertar o ofensor, de modo que passe a proceder com maior cautela em situações semelhantes (efeitos sancionador e pedagógico), sem, contudo, ensejar o enriquecimento sem causa do ofendido.

A extensão do dano (art. 944, *caput*, do Código Civil) é o critério básico estabelecido pelo próprio Código Civil para a quantificação de indenizações.

Em relação à quantificação da compensação por danos morais, é necessário examinar as circunstâncias particulares do caso concreto, notadamente de acordo com a extensão do dano, a culpabilidade do agente e a posição política, social e econômica das partes.



O último critério deve ser pautado, basicamente, pelas condições políticas, sociais e econômicas da ré, a fim de que não se inviabilize por completo o desenvolvimento das suas atividades fins. Ressalte-se, então, que a demandada se apresenta como instituição de razoável capacidade econômica.

No caso em deslinde a quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) revela-se apropriada aos critérios em análise.

Feitas essas considerações, conheço e nego provimento ao recurso de apelação. Quanto ao mais, conheço e dou provimento ao recurso adesivo manejado por Gabriella Santana Ribeiro para, ao reformar parcialmente a respeitável sentença, julgar procedente o item do pedido relativo ao pagamento de compensação dos afirmados danos morais, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Majoro os honorários a serem custeados pela sociedade empresária demandada para 11% (onze por cento) do valor da condenação, de acordo com a regra prevista no art. 85, § 11, do CPC.

É como voto.

[1] Vide Informativo nº 470 do Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 959.780-ES, Relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgado em 26/4/2011.

O Senhor Desembargador RENATO RODOVALHO SCUSSEL - 1º Vogal
Com o relator



O Senhor Desembargador FERNANDO ANTONIO TAVERNARD LIMA - 2º Vogal
Com o relator

DECISÃO

RECURSO DE APELAÇÃO CONHECIDO E DESPROVIDO. RECURSO ADESIVO CONHECIDO
E PROVIDO. PRELIMINAR REJEITADA. UNÂNIME.



Assinado eletronicamente por: ALVARO CIARLINI - 14/04/2025 18:34:57

<https://pje2i.tjdft.jus.br/consultapublica/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25041418345699800000068447839>

Número do documento: 25041418345699800000068447839

Trata-se de apelação interposta pela sociedade empresária **Quality Pró Saúde Assistência Médica Ambulatorial Ltda** (Id. 67492029) e recurso adesivo manejado por **Gabriella Santana Ribeiro** (Id. 67492035) contra a sentença proferida pelo Juízo da 6ª Vara Cível da Circunscrição Judiciária de Brasília, que julgou o pedido parcialmente procedente.

Na origem a consumidora ajuizou ação submetida ao procedimento comum, contra a operadora do plano de saúde, com requerimento de antecipação da tutela, com o intuito de obter a condenação da ré ao custeio de tratamento oncológico.

Pretendeu ainda obter a condenação da aludida sociedade empresária ao pagamento do valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) pelos danos morais que alega haver experimentado.

Requeru, finalmente, a condenação da demandada ao reembolso do valor cobrado pelo serviço médico prestado à demandante relativo ao procedimento de criopreservação.

Narrou que é beneficiária do plano de saúde administrado pela demandada, na modalidade coletiva por adesão.

Relatou que foi diagnosticada com câncer de colo do útero, tendo sido submetida a tratamento com quimioterapia e radioterapia. Acrescentou que os aludidos procedimentos têm o potencial de causarem danos ao tecido ovariano, a exemplo de infertilidade.



Informou que em momento anterior ao tratamento oncológico promoveu o procedimento de criopreservação (congelamento de óvulos maduros), sob o preço de R\$ 24.935,00 (vinte e quatro mil novecentos e trinta e cinco reais), tendo sido custeado pela autora.

Afirmou que, a despeito de ter sido beneficiária do plano de saúde administrado pela ré, houve a recusa injustificada do reembolso dos valores desembolsados ao custeio do mencionado procedimento.

O requerimento de antecipação dos efeitos da tutela foi deferido (Id. 67492014), com a determinação de custeio do procedimento de braquiterapia em favor da autora, tendo em vista o término do ciclo quimioterápico.

Decorrida a marcha processual foi proferida a sentença por meio da qual o pedido foi julgado parcialmente procedente (Id. 67492026).

Na ocasião o Juízo singular confirmou os efeitos da tutela anteriormente concedida e determinou que a ré custeasse o procedimento de braquiterapia em favor da autora. Ademais, condenou a operadora do plano de saúde ao reembolso do referido valor solvido pela consumidora.

Entendeu que a ausência do aludido ato cirúrgico no rol de procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde é causa legítima que afasta eventual expectativa nutrida pela autora. Assim, julgou improcedente o item do pedido referente à compensação do afirmado dano moral.



Em suas razões recursais (Id. 67492029) a sociedade empresária apelante afirma, em síntese, que o ato cirúrgico pretendido pela apelada não está previsto no rol de procedimentos obrigatórios, estipulado pela ANS.

Requer, portanto, a reforma da sentença para que o pedido seja julgado improcedente.

A guia de recolhimento do valor referente ao preparo recursal e o respectivo comprovante de pagamento foram regularmente trazidos aos presentes autos (Id. 67492030 e Id. 67492031).

Em suas contrarrazões a apelada pugnou pelo não conhecimento do recurso, ou, subsidiariamente, seu desprovimento (Id. 67492034).

Além disso manejou recurso adesivo, oportunidade em que postulou pela condenação da apelante ao pagamento de compensação dos afirmados danos morais (Id. 67492035).

É o relatório.



O recurso deve ser conhecido, pois se encontram preenchidos seus pressupostos extrínsecos e intrínsecos, sendo tempestivo e apropriado à espécie.

No caso em deslinde a consumidora pretende obter a condenação da operadora do plano de saúde administrado pela ré: a) ao custeio de tratamento oncológico; b) ao pagamento de compensação dos alegados danos morais; e, finalmente, c) ao reembolso do valor cobrado pelos serviços médicos prestados à demandante relativos ao procedimento de criopreservação.

Em sua causa de pedir a consumidora afirmou que foi submetida a tratamento quimioterápico em razão do diagnóstico de câncer de colo do útero. Acrescentou que os aludidos procedimentos têm o potencial de causarem danos aos respectivos óvulos, motivo pelo qual custeou o ato cirúrgico de criopreservação (congelamento de óvulos maduros).

A consumidora suscitou, preliminarmente, a ausência de impugnação aos fundamentos da sentença pela entidade aludida. Aduziu que a sociedade empresária referida deixou de proceder à devida indicação a respeito dos fundamentos de fato e de direito para a interposição do recurso de apelação.

A propósito, é necessário destacar que em observância ao princípio da dialeticidade, previsto no art. 932, inc. III, do CPC, a apelação deverá conter a exposição dos fundamentos recursais pelos quais a parte entende que a sentença impugnada deverá ser reformada ou desconstituída. Assim, é atribuição do recorrente a demonstração dos motivos do alegado desacerto da sentença recorrida, pois, do contrário, não haverá o conhecimento do recurso.



No caso, a despeito do que alega a consumidora, percebe-se que em suas razões recursais (Id. 67492029) a operadora de plano de saúde rebateu diretamente as conclusões exaradas na sentença, tendo justificado suficientemente os motivos pelos quais entende que o aludido provimento jurisdicional deve ser reformado.

A esse respeito examine-se a seguinte ementa da lavra deste Egrégio Tribunal de Justiça:

“APELAÇÃO CÍVEL. PRELIMINAR EM CONTRARRAZÕES. OFENSA AO PRINCÍPIO DA DIALETICIDADE. REJEITADA LEGITIMIDADE. ATIVA DO SINDICATO. DESACOLHIMENTO. CUMPRIMENTO INDIVIDUAL DE SENTENÇA COLETIVA. DETERMINAÇÃO DE EMENDA DA INICIAL. REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS. REGULARIZAÇÃO DA CAPACIDADE POSTULATÓRIA. DILAÇÃO DE PRAZO. JUSTIFICATIVA PLAUSÍVEL. POSSIBILIDADE. INDEFERIMENTO DA INICIAL. PREMATURO. SENTENÇA TORNADA SEM EFEITO.

1. Se a parte recorrente expõe as razões, de fato e de direito, pelas quais entende que deve ser reformada a decisão recorrida, havendo clara fundamentação da insurgência recursal e pedido de reforma, não há ofensa ao princípio da dialeticidade.

2. Apesar de ajuizada pelo Sindicato, a individualização de determinados beneficiários substituídos e consequente especificação de seus direitos e eventuais créditos perseguidos em adequação à sentença coletiva caracteriza, em verdade, a liquidação/cumprimento individual de sentença coletiva, promovida por múltiplos exequentes em litisconsórcio, uma vez que o objeto da ação são pretensões singulares e especificadas em relação a cada interessado.

3. O reconhecimento, na origem, da legitimidade ad causam dos substituídos revela-se incompatível com a alegação, em apelação, de que a legitimidade ativa seria do sindicato.

4. O prazo de 15 (quinze) dias previsto no art. 321 do CPC é dilatatório e não peremptório. Não se coaduna com o princípio da cooperação o



pronunciamento judicial que encerra, de maneira prematura, a relação processual cujo fim é a solução do conflito de interesses.

5. A apresentação de procuração ad judicia, como forma de regularidade da representação processual da parte autora, constitui um dos pressupostos de constituição e de desenvolvimento válido e regular do processo. De acordo com o disposto no art. 104 do CPC, pode ocorrer a dispensa a juntada da procuração no ajuizamento da ação, “para evitar preclusão, decadência ou prescrição, ou para praticar ato considerado urgente”, sendo que “o advogado deverá, independentemente de caução, exibir a procuração no prazo de 15 (quinze) dias, prorrogável por igual período por despacho do juiz”, conforme disciplina o § 1º, do citado artigo.

6. Considera-se plausível a justificativa para o pedido de dilação de prazo para emenda da inicial, considerando que o título executivo judicial coletivo alcança milhares de sindicalizados, cada qual com seus respectivos créditos, pulverizados em diversos cumprimentos de sentença individual, a exigir do sindicato elaboração minuciosa de cálculos e coleta de documentos de cada substituído.

7. Em atenção ao princípio da cooperação, e levando-se em conta a natureza dilatória do prazo de emenda e de regularização da representação processual, bem como a existência de justificativa plausível para o pedido de prorrogação do prazo formulado pela parte autora, deve ser tornada sem efeito a sentença de indeferimento da inicial.

8. Apelo conhecido, preliminares rejeitadas, e, no mérito, provido.”

(Acórdão nº 1667228, 0710497-40.2022.8.07.0018, Relator: ANA CANTARINO, 5ª Turma Cível, Data de Julgamento: 1º/3/2023) (Ressalvam-se os grifos)

Diante desse cenário verifica-se que a sociedade empresária aludida procedeu à devida impugnação aos fundamentos adotados pelo Juízo singular, não tendo ocorrido a alegada violação ao princípio da dialeticidade.



Pelas razões expostas a preliminar suscitada pela autora deve ser rejeitada.

Quanto ao mais a questão submetida ao conhecimento deste Egrégio Tribunal de Justiça consiste em examinar a possibilidade de imposição, à sociedade empresária ré, da obrigação de reembolso, do valor cobrado pelo serviço médico prestado à autora relativo ao procedimento de criopreservação. É necessário analisar, ainda, a possibilidade de condenação da ré ao pagamento de compensação dos danos morais supostamente experimentados pela autora.

Inicialmente, percebe-se que a relação jurídica comercial em exame é de consumo, uma vez que os contratantes se enquadram nos conceitos de consumidor e fornecedor, como preceituam as regras previstas nos artigos 2º e 3º, ambos do Código de Defesa do Consumidor.

Nesse sentido o enunciado nº 608 da Súmula do Colendo Superior Tribunal de Justiça dispõe que “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

A esse respeito examine-se a seguinte ementa proferida deste Egrégio Tribunal de Justiça:

“CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO. CONVÊNIO. NEGATIVA DE COBERTURA. CIRURGIA. NATUREZA ODONTOLÓGICA OU BUCOMAXILOFACIAL. SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL. NECESSIDADE DE VERTICALIZAÇÃO DA COGNIÇÃO. PRODUÇÃO PROBATÓRIA. PONDERAÇÃO. FUNÇÃO SOCIAL. BOA-FÉ. SOLIDARIEDADE. ATENDIMENTO EMERGENCIAL.



URGÊNCIA. JUÍZO DE PROBABILIDADE. PROPORCIONALIDADE. CONCESSÃO DA TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA NA ORIGEM. MANUTENÇÃO. ÔNUS. TEORIA DO RISCO-PROVEITO.

1. A relação firmada entre as partes está submetida ao Código de Defesa do Consumidor (artigos 2º e 3º), sendo a parte apelante/ré atuante nas operações relacionadas ao fornecimento de plano de saúde que operam no mercado aberto na comercialização de seus serviços e produtos ao público em geral e, de outro lado, o conveniado que os utiliza como destinatário final (enunciado n.º 608 da Súmula do STJ).

2. Os contratos de assistência à saúde devem ser pautados pelos princípios da solidariedade, boa-fé e função social no que concerne às situações limites que podem render abalo direto à vida do consumidor, que não pode se ver desamparado diante da necessidade premente de internação ou tratamento de urgência capaz de preservar sua atual condição de vida, sendo imperioso o atendimento às suas legítimas expectativas contratuais quanto à adequação dos serviços prestados.

3. Observado que há no caso divergências substanciais quanto à natureza do procedimento postulado pela parte conveniada e, por consequência, controvérsias quanto ao encaixa da cobertura contratual frente à segmentação contratada, deve-se prestigiar os princípios da solidariedade, boa-fé e função social no que concerne às situações limites que podem render abalo direto à saúde do consumidor, que não pode se ver desamparado diante da necessidade premente de um tratamento de urgência capaz de preservar ou conferir maior dignidade à sua atual condição de vida, sendo imperioso o atendimento às suas legítimas expectativas quanto ao contrato e a adequação dos serviços prestados (artigos 18, §6º, III; 20, §2º; 47; e 51, VI, todos do Código de Defesa do Consumidor).

4. Na espécie, deve ser mantida a decisão originária que concedeu a tutela de urgência provisória, o que também delinea um eventual ônus para a parte autora, ora agravada, que se sujeita à teoria do risco-proveito na consecução da medida judicial antecipatória que defere a realização do tratamento indicado no seu pedido de tutela de urgência (artigo 302, inciso I, do Código de Processo Civil).

5. Agravo de instrumento conhecido e desprovido; e agravo interno prejudicado.”

(Acórdão nº 1602002, 0714723-45.2022.8.07.0000, Relator: MARIA DE LOURDES ABREU, 3ª Turma Cível, Data de Julgamento: 4/8/2022) (Ressalvam-se os grifos)



De acordo com o relatório médico (Id. 67491984) a paciente foi diagnosticada com câncer de colo do útero, tendo sido submetida a tratamento com quimioterapia e radioterapia.

Nesse contexto a autora afirma que efetuou procedimento de criopreservação em momento anterior aos aludidos tratamentos, com o intuito de salvaguarda dos respectivos óvulos. Acrescenta que o mencionado procedimento foi custeado por ela.

No caso em deslinde a demandada aduz que na hipótese dos autos está configurada a utilização de tratamento não previsto no rol de procedimentos obrigatórios da ANS à época do requerimento (Id. 67492029, fl. 12).

O cerne da questão relativa à negativa de reembolso diz respeito à alegada ausência de inclusão da criopreservação no rol de custeio obrigatório estipulado pela ANS à época do requerimento de custeio.

No caso em exame observe-se o teor do relatório elaborado pelo profissional de saúde dirigido à operadora do plano de saúde (Id. 67491981 e Id. 67491982):

“Paciente Gabriella Santana Ribeiro, submetida a procedimento de congelamento de óvulos previamente ao tratamento oncológico, como forma de preservação da fertilidade.

Diagnóstico 08/12/2023 de câncer de colo de útero - carcinoma de células escamosas invasor, será submetida a quimioterapias e



radioterapias, tratamento citotóxico ao tecido ovariano, com grande probabilidade de infertilidade futura.

Ainda sem prole definida, com direito ao congelamento de gametas femininos antes da terapia adjuvante.

Realizado procedimento de "Aspiração de folículos" no dia 16/02/2024 com posterior congelamento dos óvulos maduros.

(código TUSS 31308015).

Esse tipo de procedimento é invasivo, com uso de agulha para punção em ovários, através de punção de fundo de saco vaginal; é um procedimento doloroso, com necessidade de sedação anestésica para que a paciente não sinta dor, nem apresenta movimentação durante o procedimento, que poderia acarretar em maiores lesões do ovário.

À disposição para maiores esclarecimentos.

CID C53" (Ressalvam-se os grifos)

No caso em deslinde o custeio do procedimento de criopreservação é recomendável e adequado ao quadro clínico aludido.

O Colendo Superior Tribunal de Justiça recentemente consolidou o entendimento de que o rol de procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde tem caráter taxativo, no julgamento do EREsp 1886929-SP.

No aludido julgamento consignou-se que a taxatividade do referido rol como regra é necessária para: a) preservar o equilíbrio econômico dos seguros de saúde, b) preservar a higidez dos cálculos atuariais correspondentes, c) proteger o consumidor assegurando o direito à saúde a preços acessíveis, de modo a contemplar a camada mais ampla e vulnerável economicamente da população e d) evitar que o paciente seja submetido a exame ou tratamento inadequado ou destituído de respaldo técnico.



O acórdão proferido no EREsp 1886929-SP ressaltou que o custeio de tratamentos, exames ou procedimentos não previstos no Rol da ANS somente pode ser admitida, de modo pontual, desde que seja demonstrada a efetiva necessidade, por meio de prova técnica produzida nos autos, não bastando apenas a indicação feita pelo médico ou odontólogo que acompanha o paciente. Há de ser observado, prioritariamente, o rol estabelecido pela ANS.

Foram estabelecidos, com efeito, critérios para a determinação do custeio de procedimento não abarcado pelo rol da ANS para as hipóteses em que não houver substituto terapêutico ou forem esgotados os procedimentos descritos pelo aludido rol.

Nesses casos pode haver, excepcionalmente, o custeio do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo que acompanha o paciente desde que: “a) não tenha sido indeferida expressamente pela ANS a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar, b) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências, c) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e NatJus) ou estrangeiros (ex.: FDA) e d) 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”.

A esse respeito examine-se a ementa do aludido julgado da lavra do Colendo Superior Tribunal de Justiça:



“EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. DIVERGÊNCIA ENTRE AS TURMAS DE DIREITO PRIVADO ACERCA DA TAXATIVIDADE OU NÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, INEQUIVOCAMENTE ESTABELECIDO NA SUA PRÓPRIA LEI DE CRIAÇÃO. ATO ESTATAL DO REGIME JURÍDICO DE DIREITO ADMINISTRATIVO AO QUAL SE SUBMETEM FORNECEDORES E CONSUMIDORES DA RELAÇÃO CONTRATUAL DE DIREITO PRIVADO. GARANTE A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO, A RECUPERAÇÃO E A REABILITAÇÃO DE TODAS AS ENFERMIDADES. SOLUÇÃO CONCEBIDA E ESTABELECIDO PELO LEGISLADOR PARA EQUILÍBRIO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. ENUNCIADO N. 21 DA I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE DO CNJ. CDC. APLICAÇÃO SUBSIDIÁRIA À RELAÇÃO CONTRATUAL, SEMPRE VISANDO O EQUILÍBRIO. HARMONIZAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DA PRIMEIRA E SEGUNDA SEÇÕES NO SENTIDO DE VELAR AS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E A DISCRICIONARIEDADE TÉCNICA DA AUTARQUIA ESPECIALIZADA. FIXAÇÃO DA TESE DA TAXATIVIDADE, EM REGRA, DA RELAÇÃO EDITADA PELA AGÊNCIA, COM ESTABELECIMENTO DE PARÂMETROS OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS SUBMETIDAS AO JUDICIÁRIO.

1. A Lei n. 9.961/2000 criou a ANS, estabelecendo no art. 3º sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Já o art. 4º, III, elucida que compete à ANS elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades.

2. Por inequívoca opção do legislador, extrai-se tanto do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 quanto do art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000 que é atribuição dessa agência elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Nessa toada, o Enunciado n. 21 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ propugna que se considere, nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei n. 9.656/1998, o Rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas.



3. Por um lado, a Resolução Normativa ANS n. 439/2018, ora substituída pela Resolução Normativa ANS n. 470/2021, ambas dispendo sobre o rito processual de atualização do Rol, estabelece que as propostas de sua atualização serão recebidas e analisadas mediante critérios técnicos relevantes de peculiar complexidade, que exigem alto nível de informações, quais sejam, utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde - ATS, princípios da saúde baseada em evidências - SBE, manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor. Por outro lado, deixando claro que não há o dever de fornecer todas e quaisquer coberturas vindicadas pelos usuários dos planos de saúde, ao encontro das mencionadas resoluções normativas da ANS, a Medida Provisória n. 1.067, de 2 de setembro de 2021, incluiu o art. 10-D, § 3º, I, II e III, na Lei 9.656/1998 para estabelecer, no mesmo diapasão do regramento infralegal, a instituição da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, à qual compete assessorar a ANS nas atribuições de que trata o § 4º do art. 10, devendo apresentar relatório que considerará: I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, do produto ou do procedimento analisado, reconhecidas pelo órgão competente para o registro ou a para a autorização de uso; II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às coberturas já previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, quando couber; e III - a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar.

4. O Rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, a preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável economicamente da população. Por conseguinte, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo - devendo, ademais, a cobertura mínima, paradoxalmente, não ter limitações definidas - tem o condão de efetivamente padronizar todos os planos e seguros de saúde e restringir a livre concorrência, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, o que representaria, na verdade, suprimir a própria existência do "Rol mínimo" e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais extensa faixa da população.

5. A par de o Rol da ANS ser harmônico com o CDC, a Segunda Seção já pacificou que "as normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei nº 9.656/1998. De qualquer maneira, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova" (EAREsp n. 988.070/SP, relator



Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 8/11/2018, DJe de 14/11/2018). Dessa maneira, ciente de que o Rol da ANS é solução concebida pelo próprio legislador para harmonização da relação contratual buscada nas relações consumeristas, também não caberia a aplicação insulada do CDC, alheia às normas específicas inerentes à relação contratual.

6. Não se pode perder de vista que se está a discutir direitos e obrigações da relação contratual que envolvem plano de saúde e usuário, e não o estabelecimento de obrigação de fazer ou de não fazer a terceiro, que nem mesmo integra a lide. A ANS, ao contrário do médico-assistente da parte litigante, analisa os procedimentos e eventos sob perspectiva coletiva, tendo em mira a universalização do serviço, de modo a viabilizar o atendimento do maior número possível de usuários. Mesmo o correto e regular exercício profissional da Medicina, dentro das normas deontológicas da profissão, usualmente possibilita ao profissional uma certa margem de subjetividade, que, por vezes, envolve convicções pessoais ou melhor conveniência, mas não pode nortear a elaboração do Rol.

7. Conforme adverte a doutrina especializada, muito além de servir como arrimo para precificar os valores da cobertura básica e mínima obrigatória das contratações firmadas na vigência da lei de Planos de Saúde, o Rol de procedimentos, a cada nova edição, delinea também a relevante preocupação do Estado em não expor o consumidor e paciente a prescrições que não encontrem respaldo técnico estudado e assentado no mundo científico, evitando-se que virem reféns dos interesses - notadamente econômicos - da cadeia de fornecedores de produtos e serviços que englobam a assistência médico-hospitalar e odontológica suplementar.

8. Legítima é a confiança que está de acordo com o direito, despertada a partir de circunstâncias objetivas. Com efeito, o entendimento de que o Rol - ato estatal, com expressa previsão legal e imperatividade inerente, que vincula fornecedores e consumidores - deve ser considerado meramente exemplificativo em vista da vulnerabilidade do consumidor, isto é, lista aberta sem nenhum paralelo no mundo, ignora que é ato de direito administrativo, e não do fornecedor de serviços, assim como nega vigência a diversos dispositivos legais, ocasionando antisseleção, favorecimento da concentração de mercado e esvaziamento da competência atribuída à ANS pelo Poder Legislativo para adoção de medidas regulatórias voltadas a equilibrar o setor de saúde suplementar de forma ampla e sistêmica, com prejuízo para toda a coletividade envolvida. Afeta igualmente a eficácia do direito constitucional à saúde



(art. 196 da CF), pois a interferência no equilíbrio atuarial dos planos de saúde privados contribui de forma significativa para o encarecimento dos produtos oferecidos no mercado e para o incremento do reajuste da mensalidade no ano seguinte, dificultando o acesso de consumidores aos planos e seguros, bem como sua manutenção neles, retirando-lhes a confiabilidade assegurada pelo Rol de procedimentos, no que tange à segurança dos procedimentos ali elencados, e ao Sistema Único de Saúde (SUS), que, com esse entendimento jurisprudencial, reflexamente teria sua demanda aumentada.

9. Em recentes precedentes específicos envolvendo a supressão das atribuições legais da ANS, as duas Turmas de Direito Público decidiram que, "segundo entendimento firmado neste Superior Tribunal de Justiça, até prova cabal em contrário, deve prevalecer a presunção de legitimidade dos atos administrativos praticados pelas agências reguladoras", "sendo inviável qualquer discussão acerca do próprio mérito administrativo" (AgInt nos EDcl no REsp n. 1.834.266/PR, relator Ministro Sérgio Kukina, Primeira Turma, julgado em 22/3/2021, DJe de 25/3/2021). Ademais, assentaram que não é papel do Judiciário promover a substituição técnica por outra concepção defendida pelo julgador, sendo "incabível substituição da discricionariedade técnica pela discricionariedade judicial" (AgInt no REsp n. 1.823.636/PR, relator Ministro Mauro Campbell Marques, Segunda Turma, julgado em 14/9/2021, DJe de 16/9/2021).

10. Diante desse cenário e buscando uma posição equilibrada e ponderada, conforme o entendimento atual da Quarta Turma, a cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos não previstos no Rol da ANS somente pode ser admitida, de forma pontual, quando demonstrada a efetiva necessidade, por meio de prova técnica produzida nos autos, não bastando apenas a prescrição do médico ou odontólogo que acompanha o paciente, devendo ser observados, prioritariamente, os contidos no Rol de cobertura mínima. Deveras, como assentado pela Corte Especial na esfera de recurso repetitivo, REsp n. 1.124.552/RS, o melhor para a segurança jurídica consiste em não admitir que matérias técnicas sejam tratadas como se fossem exclusivamente de direito, resultando em deliberações arbitrárias ou divorciadas do exame probatório do caso concreto. Ressaltou-se nesse precedente que: a) não é possível a ilegítima invasão do magistrado em seara técnica à qual não é afeito; b) sem dirimir a questão técnica, uma ou outra conclusão dependerá unicamente do ponto de vista do julgador, manifestado quase que de forma ideológica, por vez às cegas e desprezado da prova dos autos; c) nenhuma das partes pode ficar ao alvedrio de valorações superficiais.



11. 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.

12. No caso concreto, a parte autora da ação tem esquizofrenia paranoide e quadro depressivo severo e, como os tratamentos medicamentosos não surtiram efeito, vindica a estimulação magnética transcraniana - EMT, ainda não incluída no Rol da ANS. O Conselho Federal de Medicina - CFM, conforme a Resolução CFM n. 1.986/2012, reconhece a eficácia da técnica, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas, esquizofrenias, bem como para o planejamento de neurocirurgia, mantendo o caráter experimental para as demais indicações. Consoante notas técnicas de NatJus de diversos Estados e do DF, o procedimento, aprovado pelo FDA norte-americano, pode ser mesmo a solução imprescindível para o tratamento de pacientes que sofrem das enfermidades do recorrido e não responderam a tratamento com medicamentos - o que, no ponto, ficou incontroverso nos autos.

13. Com efeito, como o Rol não contempla tratamento devidamente regulamentado pelo CFM, de eficácia comprovada, que, no quadro clínico do usuário do plano de saúde e à luz do Rol da ANS, é realmente a única solução imprescindível ao tratamento de enfermidade prevista na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID, notadamente por não haver nas diretrizes da relação



editada pela Autarquia circunstância clínica que permita essa cobertura, é forçoso o reconhecimento do estado de ilegalidade, com a excepcional imposição da cobertura vindicada, que não tem preço significativamente elevado.

14. Embargos de divergência a que se nega provimento.”

(EREsp nº1.886.929-SP, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, 2ª Seção, Data de julgamento: 8/6/2022) (Ressalvam-se os grifos)

A taxatividade do rol elaborado pela ANS é regra, nos termos do precedente vinculativo retromencionado, podendo ser autorizado o custeio de exames, tratamentos, medicamentos e procedimentos diversos em hipóteses excepcionais.

Em decorrência desse julgamento, o Congresso Nacional editou a Lei nº 14.454/2022, sancionada pelo Presidente da República em setembro do mesmo ano, alterando a Lei nº 9.656/1998, que dispõe a respeito dos planos privados de assistência à saúde, com a fixação de critérios que permitam o custeio de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

Nesse sentido, foi incluído o parágrafo 13 no artigo 10 da mencionada lei, que assim dispõe:

“§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que: (Incluído pela Lei nº 14.454, de 2022)



I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou (Incluído pela Lei nº 14.454, de 2022)

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais. (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)”

No caso em exame a nova regra jurídica editada optou por requisitos normativos menos rígidos aos que foram adotados pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça ao julgar o EREsp 1886929-SP.

Diante da previsão contida no art. 10, § 13, inc. I, da Lei nº 14.454/2022, fica claro que é esse o caso versado na presente demanda.

Torna-se evidente, portanto, que a situação em análise configura hipótese excepcional de custeio de tratamento médico não abarcado pelas diretrizes estipuladas pela ANS à época do requerimento.

Verifica-se que foi ressaltada pelo profissional médico responsável pela confecção do referido laudo a necessidade de urgência na dispensação do tratamento.

Convém também não olvidar que é atribuição do profissional médico a decisão a respeito dos exames e tratamentos mais adequados ao paciente,



respeitando-se as diretrizes e estudos científicos, seja na fase de diagnóstico ou do próprio tratamento, o que garantirá maior reestabelecimento da saúde do paciente.

Assim, apresentado o laudo médico circunstanciado que justifique a necessidade de submissão da paciente ao tratamento em questão e exauridas as demais possibilidades médicas, de acordo com o seu quadro clínico, não pode haver ingerência da operadora de plano de saúde a esse respeito.

É evidente, ademais, que o estado de saúde da consumidora é grave e exige cuidados específicos.

A propósito, examinem-se as seguintes ementas da lavra deste Egrégio Tribunal de Justiça:

“APELAÇÃO CÍVEL. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. ESCLEROSE MÚLTIPLA PRIMARIAMENTE PROGRESSIVA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO PRESCRITO. OCRELIZUMABE. RECUSA DE COBERTURA ABUSIVA. MEDICAMENTO COM REGISTRO NA ANVISA. ROL DA ANS. PREVISÃO. LEI N. 14.454/2022.

1. Comprovada a necessidade do uso do medicamento prescrito por médico assistente ocrelizumabe para tratamento da doença grave que acomete a autora, esclerose múltipla primariamente progressiva, configura-se abusiva a recusa da cobertura. De acordo com entendimento do STJ, o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não pode limitar o tipo de tratamento a ser utilizado pelo paciente.

2. A ANS estabelece rol mínimo de procedimentos, sendo, portanto, exemplificativo, competindo ao médico estabelecer o procedimento mais adequado ao tratamento do paciente.



3. A negativa da ré, calcada na ausência de preenchimento dos requisitos do DUT 65.13 da ANS, não se justifica, pois a referida Diretriz de Utilização da ANS foi respeitada, conforme relatório médico.

4. Recurso conhecido e desprovido.”

(Acórdão nº 1967250, 0706513-71.2024.8.07.0020, Relator: SONÍRIA ROCHA CAMPOS D'ASSUNÇÃO, 6ª TURMA CÍVEL, Data de Julgamento: 5/2/2025) (Ressalvam-se os grifos)

“PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DOMICILIAR. SOMATROPINA (HORMÔNIO DO CRESCIMENTO). OBRIGATORIEDADE DE COBERTURA. DANOS MATERIAIS E MORAIS. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Apelação interposta contra sentença que julgou improcedente o pedido de fornecimento do medicamento Somatropina, prescrito para tratamento de deficiência parcial do hormônio de crescimento (DGH) em paciente de 12 anos de idade, beneficiário de plano de saúde, além de indenização por danos materiais e morais. O apelante busca a reforma da sentença, sustentando a imprescindibilidade do tratamento para o desenvolvimento do paciente.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há três questões em discussão: (i) definir se o plano de saúde é obrigado a fornecer o medicamento Somatropina, prescrito para uso domiciliar; (ii) estabelecer se há abusividade na negativa de cobertura do tratamento; (iii) determinar a existência de danos materiais e morais decorrentes da recusa da operadora do plano de saúde.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O plano de saúde é obrigado a fornecer tratamento ou procedimento prescrito por médico assistente, ainda que o medicamento não esteja previsto no Rol de Procedimentos da ANS, conforme disposto no art. 12 da Lei n. 9.656/1998, alterada pela Lei n. 14.454/2022, desde que comprovada a eficácia do tratamento com base em evidências científicas



4. A negativa de cobertura pelo plano de saúde, com base na ausência de previsão no rol da ANS, revela-se abusiva, pois o rol é meramente exemplificativo, não podendo limitar a cobertura de procedimentos essenciais à saúde e ao desenvolvimento do paciente, conforme jurisprudência consolidada do STJ e precedentes deste Tribunal.

5. O medicamento Somatropina é prescrito para o tratamento de deficiência parcial do hormônio do crescimento, configurando abusividade a negativa de custeio, pois compromete o desenvolvimento físico e psicológico do paciente.

6. A negativa indevida de fornecimento do medicamento configura violação à boa-fé objetiva e aos direitos de personalidade do paciente, ensejando reparação por danos materiais, referentes aos gastos com o tratamento, e danos morais, dada a angústia causada pela recusa.

IV. DISPOSITIVO E TESE

7. Recurso parcialmente provido.

Tese de julgamento:

1. O fato de existir norma abstrata afastando a obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos de uso domiciliar por parte dos planos de saúde não desobriga a apelada de fornecer medicamento que é indispensável ao tratamento da doença para a qual oferece cobertura, sob pena de se desvirtuar a finalidade do contrato de assistência à saúde e frustrar a essência do tratamento.

2. A negativa de cobertura de medicamento necessário ao tratamento do paciente, prescrito por médico assistente, é abusiva e enseja reparação por danos materiais e morais.”

(Acórdão nº 1966198, 0744126-22.2023.8.07.0001, Relator: RENATO SCUSSEL, 2ª Turma Cível, Data de Julgamento: 5/2/2025)
(Ressalvam-se os grifos)

A respeito do procedimento de fertilização *in vitro*, o que abrange a técnica de criopreservação, o Colendo Superior Tribunal de Justiça, por meio de



acórdão publicado aos 27 de outubro de 2021, ao promover o julgamento do REsp nº 1822420-SP (tema nº 1067 sob a sistemática dos recursos repetitivos), fixou a seguinte tese jurídica:

“Salvo disposição contratual expressa, os planos de saúde não são obrigados a custear o tratamento médico de fertilização *in vitro*.”

No referido julgamento paradigmático a Corte Superior de Justiça destacou que se existe vedação de custeio obrigatório para procedimento menos complexo, no caso a inseminação artificial (art. 10, inc. III, da Lei nº 9.656/1998), com mais razão deve ser proibida a imposição da fertilização *in vitro*, que consiste em ato mais complexo e oneroso. Assim, a exigência do aludido procedimento somente é viável se houver previsão no instrumento negocial celebrado entre as partes.

Ocorre que no caso em exame subsiste situação jurídica que não foi enfrentada pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça por ocasião do aludido julgamento, que é a imprescindibilidade da criopreservação em decorrência do diagnóstico de câncer do colo do útero.

Nesse contexto a criopreservação deve ser compreendida como etapa imanente ao tratamento oncológico indicado à paciente, com fundamento no princípio do planejamento familiar previsto no art. 226, § 7º, da Constituição Federal. Trata-se de medida preventiva à infertilidade.

A propósito, atente-se ao teor da seguinte ementa da lavra do Colendo Superior Tribunal:



“RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. BENEFICIÁRIA ACOMETIDA DE CÂNCER DE MAMA. PRESCRIÇÃO DE QUIMIOTERAPIA. RISCO DE INFERTILIDADE COMO EFEITO ADVERSO DO TRATAMENTO. CRIOPRESERVAÇÃO DOS ÓVULOS. PRINCÍPIO MÉDICO "PRIMUM, NON NOCERE". OBRIGAÇÃO DE COBERTURA DO PROCEDIMENTO ATÉ À ALTA DA QUIMIOTERAPIA.

1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 01/07/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 18/05/2021 e concluso ao gabinete em 25/05/2023.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde custear o procedimento de criopreservação de óvulos, como medida preventiva à infertilidade, enquanto possível efeito adverso do tratamento de quimioterapia prescrito à recorrida, acometida por um câncer de mama.

3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022 do CPC/15.

4. Esta Turma, ao julgar o REsp 1.815.796/RJ (julgado em 26/05/2020, DJe de 09/06/2020), fez a distinção entre o tratamento da infertilidade - que, segundo a jurisprudência, não é de cobertura obrigatória pelo plano de saúde (REsp 1.590.221/DF, Terceira Turma, julgado em 07/11/2017, DJe de 13/11/2017) - e a prevenção da infertilidade, enquanto efeito adverso do tratamento prescrito ao paciente e coberto pelo plano de saúde.

5. O princípio do *primum, non nocere* (primeiro, não prejudicar), não impõe ao profissional da saúde um dever absoluto de não prejudicar, mas o de não causar um prejuízo evitável, desnecessário ou desproporcional ao paciente, provocado pela própria enfermidade que se pretende tratar; dele se extrai um dever de prevenir, sempre que possível, o dano previsível e evitável resultante do tratamento médico prescrito.

6. Conclui-se, na ponderação entre a legítima expectativa da consumidora e o alcance da restrição estabelecida pelo ordenamento jurídico quanto aos limites do contrato de plano de saúde, que, se a operadora cobre o procedimento de quimioterapia para tratar o câncer de



mama, há de fazê-lo também com relação à prevenção dos efeitos adversos e previsíveis dele decorrentes, como a infertilidade, de modo a possibilitar a plena reabilitação da beneficiária ao final do seu tratamento, quando então se considerará devidamente prestado o serviço fornecido.

7. Se a obrigação de prestação de assistência médica assumida pela operadora de plano de saúde impõe a realização do tratamento prescrito para o câncer de mama, a ele se vincula a obrigação de custear a criopreservação dos óvulos, sendo esta devida até a alta do tratamento de quimioterapia prescrito para o câncer de mama, a partir de quando caberá à beneficiária arcar com os eventuais custos, às suas expensas, se necessário for.

8. Recurso especial conhecido e, nessa extensão, parcialmente provido.”

(REsp nº 1962984-SP, Relator Ministra NANCY ANDRIGHI, 3ª Turma, Data de Julgamento: 15/8/2023) (Ressalvam-se os grifos)

Em relação ao alegado dano moral convém destacar que a depender das circunstâncias específicas do caso concreto a negativa de custeio, pelo plano de saúde, de tratamento recomendado pelo médico responsável, é considerada, além de ilegítima, suficiente para ensejar a apontada violação à esfera jurídica extrapatrimonial da paciente.

Na hipótese dos autos convém observar que a autora não é obrigada a comprovar que experimentou efetivamente o alegado dano moral, bastando, para tanto, que demonstre a ocorrência da situação que deu causa ao ato ilícito. Nisso consiste o caráter *in re ipsa* dos danos extrapatrimoniais.

Relativamente ao cálculo do montante a ser pago, convém atentar à abordagem dada ao tema pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, sendo conveniente ressaltar que no julgamento do Recurso Especial nº 959.780-ES foi estabelecido o hoje conhecido “método bifásico” com o intuito de encontrar um termo perficiente para a quantificação dos danos morais.



A primeira fase do arbitramento deve levar em consideração grupos de julgados a respeito da questão de fundo em exame. Em seguida, na segunda fase, devem ser analisadas as circunstâncias particulares do caso, que envolvem:

“... as consequências para a vítima (dimensão do dano), a intensidade do dolo ou o grau de culpa do agente (culpabilidade do agente), a eventual participação culposa do ofendido (culpa concorrente da vítima), a condição econômica do ofensor e as condições pessoais da vítima (posição política, social e econômica)”.^[1]

Verifica-se que, em razão da conduta da sociedade empresária demandada, a demandante experimentou danos que atingiram sua esfera jurídica extrapatrimonial.

Nesse sentido observem-se as seguintes ementas proferidas deste Egrégio Tribunal de Justiça:

“APELAÇÃO. CONSTITUCIONAL. CONSUMIDOR. PROCESSO CIVIL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER. COLETA E CRIOPRESERVAÇÃO DE SÊMEN. INFERTILIDADE EM DECORRÊNCIA DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO. CUSTEIO PELA OPERADORA. DIREITO À SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. DANOS MORAIS CONFIGURADOS.

1.Segundo o Enunciado nº 608, da Súmula do STJ, “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.



2.O art. 35-F, da Lei nº 9.656/98, prevê que a assistência à saúde fornecida pelas operadoras de saúde compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença, à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde do beneficiário.

3. A criopreservação objetiva a atenuação dos efeitos colaterais da quimioterapia, não sendo razoável a recusa do plano de saúde em custear o procedimento quando prescrito pelo médico responsável.

4. A recusa da operadora do plano de saúde em autorizar a realização de procedimentos médico-hospitalares necessários para o efetivo tratamento do paciente, quando há recomendação médica, agrava o sofrimento e aumenta a angústia e a pressão psicológica de quem necessita de tratamento, configurando, assim, o dano moral, passível de ser compensado.

5.Apelo provido.”

(Acórdão nº 1888911, 0728930-12.2023.8.07.0001, Relator: ARNOLDO CAMANHO DE ASSIS, 4ª TURMA CÍVEL, Data de Julgamento: 4/7/2024) (Ressalvam-se os grifos)

“APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. JUNTA MÉDICA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. IMPOSSIBILIDADE. INADIMPLENTO CONTRATUAL. DANO MORAL. VIOLAÇÃO A DIREITOS DA PERSONALIDADE. CARACTERIZAÇÃO. INDENIZAÇÃO DEVIDA. *QUANTUM*. PEDIDOS DIVERSOS. FIXAÇÃO DE HONORÁRIOS. OBRIGAÇÃO DE FAZER E DE PAGAR. VALOR DA CONDENAÇÃO.

1. A relação jurídica havida entre as partes se submete ao Código de Defesa do Consumidor, na linha do enunciado nº 469 do Superior Tribunal de Justiça: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde".

2. Nos termos da Resolução 424/2017, a formação de junta médica ou odontológica ocorre para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde. 2.1. A norma prevê de forma expressa, entretanto, que não se admite a realização de junta médica nos casos de urgência ou emergência.



3. No caso dos autos, diante da gravidade do quadro da autora, a instauração de junta médica foi indevida, ainda mais porque o parecer da Junta Médica representou verdadeira negativa de tratamento, que não pôde ser realizado nos moldes em que proposto pelo médico assistente, razão pela qual o tratamento acabou por ser postergado. 3.1. A conduta da seguradora ré, portanto foi ilegal, haja vista que tratando-se de procedimento urgente não cabia a negativa de autorização do procedimento.

4. Os valores das astreintes fixados na decisão que deferiu o pedido de antecipação dos efeitos da tutela devem ser mantidos quando obedecem aos princípios de razoabilidade e proporcionalidade, estando em harmonia com a jurisprudência desse Tribunal de Justiça.

5. No que diz respeito aos danos morais, a recusa à autorização para realização de tratamentos necessários, prescritos na hipótese, é circunstância que ultrapassa o mero dissabor ou aborrecimento, ensejando, assim, a reparação por danos morais sofridos, principalmente diante das circunstâncias presentes no caso em exame, em que se fazia presente a possibilidade de agravamento das condições da paciente.

6. A dificuldade na mensuração do valor da indenização exige que o magistrado, atento às peculiaridades de cada caso concreto, e sopesando as condições econômicas e sociais do ofendido e do ofensor, busque em seu senso prático as circunstâncias do fato, a extensão do dano e seus efeitos, sem esquecer que a indenização deve ser suficiente para reparar o dano, não podendo importar em enriquecimento indevido.

7. Nesse contexto, tenho que o valor deve ser majorado a se mostrar apto a coibir a reiteração da prática do ato ilícito pelas ré/apeladas e para compensar a violação da personalidade suportada pela autora enquanto privada da realização de procedimento necessário à sua saúde, devidamente prescrito em seu atendimento médico de urgência.

8. A cumulação de pedidos não acarreta a imposição de dupla sucumbência, razão pela qual não se mostra possível o desmembramento do cálculo dos honorários sucumbenciais, fixando-se a verba com fundamentos diversos.

9. O Código de Processo Civil, nos termos do § 2º, do art. 85, estabelece uma ordem de parâmetros para fixação dos honorários advocatícios: a) valor da condenação; b) proveito econômico obtido, caso não haja condenação e c) o valor atualizado da causa, caso não haja condenação nem obtenção de proveito econômico.



10. Recurso da ré conhecido e não provido. Recurso da autora conhecido e parcialmente provido.”

(Acórdão nº 1426146, 0734152-29.2021.8.07.0001, Relator: GISLENE PINHEIRO, 7ª Turma Cível, Data de Julgamento: 25/5/2022)

Valor da Indenização de Danos Morais: R\$ 8.000,00 (oito mil reais)

“APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL, PROCESSUAL CIVIL E DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. PEDIDO DE CONCESSÃO DE EFEITO SUSPENSIVO FORMULADO NAS RAZÕES DA APELAÇÃO. CONHECIMENTO. IMPOSSIBILIDADE (ARTIGO 1012, § 3º, CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL). CIRURGIA ORTOGNÁTICA MAXILO MANDIBULAR FUNCIONAL. SÚMULA Nº 469 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. NEGATIVA INDEVIDA DA SEGURADORA DE SAÚDE. FORMAÇÃO DE SUPOSTA JUNTA MÉDICA COMPOSTA POR APENAS UM PROFISSIONAL. NÃO OBSERVÂNCIA DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 424/2017 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. DEVER DE COBERTURA. DESNECESSIDADE DE PREVISÃO NO ROL DA ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM COMPENSATÓRIO. RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. SENTENÇA MANTIDA.

1. Consoante a nova sistemática processual civil, o pedido de concessão de efeito suspensivo deve ser formulado por petição autônoma, dirigida ao tribunal, no período compreendido entre a interposição da apelação e sua distribuição, ou ao relator, se já distribuída, nos termos do §3º do artigo 1.012 do Código de Processo Civil. Assim, uma vez realizado o pleito nas razões de apelação, não cabe sequer sua análise, justamente porque não observado o procedimento correto para o requerimento.

2. Consoante inteligência da Súmula nº 469 do colendo Superior Tribunal de Justiça: "aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde".

3. Revela-se abusiva a limitação da terapêutica a ser utilizada para a recuperação da paciente, pois cabe ao cirurgião assistente a indicação do melhor tratamento a ser seguido.



4. Nos termos do artigo 6º, § 1º, da Resolução Normativa nº 424/2017 ANS, a junta médica ou odontológica será formada por três profissionais: o assistente, o da operadora e o desempatador. Logo, a formação de junta odontológica em desacordo com a mencionada resolução reveste de ilegitimidade a recusa do plano de saúde em cobrir tratamento prescrito por profissional que acompanha paciente.

5. O fato de o procedimento objeto da demanda, não estar inserido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS não constitui óbice ao seu fornecimento, haja vista que o Rol é meramente exemplificativo e não taxativo, portanto, não esgota os procedimentos que devem ser cobertos pelas operadoras dos planos de saúde.

6. A recusa da cobertura de tratamento por parte de prestadora de plano de saúde enseja dano moral quando aquela se mostra ilegítima e abusiva, e do fato resulta abalo que extrapola o plano do mero dissabor. Precedentes do STJ (AgRg no REsp 1298844/RS, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 02/08/2012, DJe 13/08/2012).

7. O valor fixado a título de compensação por danos morais, em que pese a falta de critérios objetivos, deve ser pautado pela proporcionalidade e razoabilidade, além de servir como forma de compensação ao dano sofrido e de possuir caráter sancionatório e inibidor da conduta praticada.

8. Apelação cível conhecida e não provida.”

(Acórdão nº 1237223, 0700904-43.2019.8.07.0001, Relator: SIMONE LUCINDO, 1ª Turma Cível, Data de Julgamento: 11/3/2020)

Valor da Indenização de Danos Morais: R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Observe-se, a partir das ementas acima transcritas, que o valor das indenizações por danos morais em decorrência da negativa de custeio varia de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) a R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Estabelecido o valor médio das indenizações, o segundo passo consiste em examinar as circunstâncias particulares do caso.



Nesse ponto, para haver a quantificação do montante do dano devem ser atendidos os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, de forma que o valor não favoreça o enriquecimento sem causa da vítima, nem seja ínfimo a ponto de servir como estímulo ao cometimento dessa sorte de ilícito.

De acordo com os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, a indenização pelo dano moral tem a finalidade de punir e alertar o ofensor, de modo que passe a proceder com maior cautela em situações semelhantes (efeitos sancionador e pedagógico), sem, contudo, ensejar o enriquecimento sem causa do ofendido.

A extensão do dano (art. 944, *caput*, do Código Civil) é o critério básico estabelecido pelo próprio Código Civil para a quantificação de indenizações.

Em relação à quantificação da compensação por danos morais, é necessário examinar as circunstâncias particulares do caso concreto, notadamente de acordo com a extensão do dano, a culpabilidade do agente e a posição política, social e econômica das partes.

O último critério deve ser pautado, basicamente, pelas condições políticas, sociais e econômicas da ré, a fim de que não se inviabilize por completo o desenvolvimento das suas atividades fins. Ressalte-se, então, que a demandada se apresenta como instituição de razoável capacidade econômica.



No caso em deslinde a quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) revela-se apropriada aos critérios em análise.

Feitas essas considerações, conheço e nego provimento ao recurso de apelação. Quanto ao mais, conheço e dou provimento ao recurso adesivo manejado por Gabriella Santana Ribeiro para, ao reformar parcialmente a respeitável sentença, julgar procedente o item do pedido relativo ao pagamento de compensação dos afirmados danos morais, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Majoro os honorários a serem custeados pela sociedade empresária demandada para 11% (onze por cento) do valor da condenação, de acordo com a regra prevista no art. 85, § 11, do CPC.

É como voto.

[1] Vide Informativo nº 470 do Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 959.780-ES, Relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgado em 26/4/2011.



APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. PRELIMINAR EM CONTRARRAZÕES. AUSÊNCIA DE DIALETICIDADE. PRELIMINAR REJEITADA. PLANO DE SAÚDE. CUSTEIO DE TRATAMENTO MÉDICO INDICADO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS. CÂNCER DE COLO DO ÚTERO. CRIOPRESERVAÇÃO. RECURSO REPETITIVO (TEMA Nº 1067). DISTINÇÃO. PREVENÇÃO À INFERTILIDADE. DANO MORAL CONFIGURADO. APELO DESPROVIDO. RECURSO ADESIVO PROVIDO.

1. A questão submetida ao conhecimento deste Egrégio Tribunal de Justiça consiste em examinar a possibilidade de imposição, à sociedade empresária ré, da obrigação de reembolso, do valor cobrado pelo serviço médico prestado à autora relativo ao procedimento de criopreservação. É necessário analisar, ainda, a possibilidade de condenação da ré ao pagamento de compensação dos danos morais supostamente experimentados pela autora.

2. Em observância ao princípio da dialeticidade, previsto no art. 932, inc. III, do CPC, a apelação deverá conter a exposição dos fundamentos recursais pelos quais a parte entende que a sentença impugnada deverá ser reformada ou desconstituída. 2.1. No caso dos autos, a despeito do que alega a consumidora, percebe-se que, em suas razões recursais, a operadora do plano de saúde rebateu diretamente as conclusões exaradas na sentença, tendo justificado suficientemente os motivos pelos quais entendem que o aludido provimento jurisdicional deve ser reformado.

3. A relação jurídica negocial em exame é de consumo, uma vez que os contratantes se enquadram nos conceitos de consumidor e fornecedor, como preceituam as regras previstas nos artigos 2º e 3º, ambos do Código de Defesa do Consumidor. 3.1. Nesse sentido o enunciado nº 608 da Súmula do Colendo Superior Tribunal de Justiça dispõe que “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

4. O Colendo Superior Tribunal de Justiça consolidou o entendimento no sentido de que o rol de procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde tem caráter taxativo, no julgamento do EREsp 1886929-SP. 4.1. Foram estabelecidos critérios para a determinação de custeio de procedimento não abarcado pelo "rol da ANS" para as hipóteses em que não houver substituto terapêutico ou forem esgotados os procedimentos do previstos no aludido rol. 4.2. São requisitos para o deferimento do custeio de procedimento não previsto no rol taxativo fornecido pela ANS 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) ou estrangeiros (ex.: FDA) 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”.

5. O estado de saúde da consumidora exige cuidados específicos e urgentes, razão pela qual afigura-se necessária a manutenção da assistência médica pretendida como meio de tentar obter a efetiva melhora do seu quadro clínico. 4.1. A situação em análise configura hipótese excepcional de custeio de tratamento médico não abarcado pelas diretrizes estipuladas pela ANS.

6. Foi ressaltada pelo profissional de saúde responsável pela elaboração do laudo médico a necessidade de urgência na dispensação do exame e tratamento. 6.1. Assim, apresentado o relatório médico circunstanciado que justifique a necessidade de submissão do paciente ao tratamento em questão, e, exauridas as demais possibilidades de tratamento admissíveis, não pode haver ingerência da operadora do plano de saúde a esse respeito.

7. O custeio do procedimento indicado é recomendável e adequado ao quadro clínico apresentado pela autora. 7.1. A relativização da força obrigatória dos contratos somada aos avanços constantes da medicina retira da administradora do plano a possibilidade de delimitar ou limitar os métodos e alternativas de tratamento médico.

8. A causa de pedir articulada no caso em análise refere-se justamente à peculiaridade de que a criopreservação é medida necessária à garantia do planejamento familiar da consumidora, em decorrência da infertilidade como efeito adverso do tratamento oncológico subministrado. Assim, diante da distinção entre os fatos apreciados no precedente (Resp nº 1822420-SP) e aqueles narrados na causa de pedir em exame nestes autos, é indispensável proceder-se à análise cuidadosa e atenta do caso concreto.

9. Em relação ao alegado dano moral convém destacar que a depender das circunstâncias específicas do caso concreto a negativa de custeio, pelo plano de saúde, de tratamento recomendado pelo médico responsável, é considerada, além de ilegítima, suficiente para ensejar a apontada violação à esfera jurídica extrapatrimonial da paciente. 9.1. Na hipótese dos autos convém observar que a autora não é obrigada a comprovar que experimentou efetivamente o alegado dano moral, bastando, para tanto, que demonstre a ocorrência da situação que deu causa ao ato ilícito. Nisso consiste o caráter *in re ipsa* dos danos extrapatrimoniais.



10. Relativamente ao cálculo do montante a ser pago convém atentar à abordagem dada ao tema pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, sendo conveniente ressaltar que no julgamento do Recurso Especial nº 959.780-ES foi estabelecido o hoje conhecido “método bifásico” com o intuito de encontrar um termo perficiente para a quantificação dos danos morais. No caso em deslinde a quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) revela-se apropriada aos critérios em análise.

11. Recurso de apelação conhecido e desprovido. Recurso adesivo conhecido e provido. Preliminar rejeitada.

