



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000914552

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1053373-80.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante JESSICA RIBEIRO LOPES (JUSTIÇA GRATUITA), é apelado PORTO SAÚDE PARTICIPAÇÕES S.A..

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 6ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores RAMON MATEO JÚNIOR (Presidente) E COSTA NETTO.

São Paulo, 31 de agosto de 2025.

VITO GUGLIELMI
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

VOTO Nº 66.520

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1053373-80.2024.8.26.0100

RELATOR : DESEMBARGADOR VITO GUGLIELMI
APELANTE : JESSICA RIBEIRO LOPES (justiça gratuita)
APELADA : PORTO SAÚDE PARTICIPAÇÕES S.A.
COMARCA : SÃO PAULO / CENTRAL – 34ª VARA CÍVEL

SEGURO. PLANO DE SAÚDE. PRETENDIDA COBERTURA A TRATAMENTO RECLAMADO PELA AUTORA. COBERTURA NEGADA PELA REQUERIDA. JURISPRUDÊNCIA QUE VEM SE ORIENTANDO FIRMEMENTE NO SENTIDO DO RECONHECIMENTO DO CARÁTER ABUSIVO DAS CLÁUSULAS DE EXCLUSÃO. PRECEDENTES DO STJ E SÚMULA 102 DO TJSP, QUE REPUTA ABUSIVA A NEGATIVA FUNDADA NA NATUREZA SUPOSTAMENTE EXPERIMENTAL DO TRATAMENTO OU, BEM, NA AUSÊNCIA DE SUA PREVISÃO NO ROL DA ANS. RECUSA INDEVIDA EVIDENCIADA. CONDENAÇÃO DA REQUERIDA A PRESTAR INTEGRAL COBERTURA AO PROCEDIMENTO. SENTENÇA REFORMADA. RECURSO PROVIDO.

1. Trata-se de recurso, tempestivo e bem processado, interposto contra sentença que julgou improcedente ação de obrigação de fazer com pedido liminar e tutela antecipada proposta por Jessica Ribeiro Lopes em face de Porto Saúde Participações S.A.

Sustenta a autora que é beneficiária do plano de saúde da ré. Informa que foi diagnosticada com diabetes mellitus tipo 2, obesidade mórbida e discoartropatia degenerativa, além de outras comorbidades decorrentes do excesso de peso. Alega que foi prescrito o medicamento Ozempic, de uso contínuo, para o seu tratamento, mas que não possui condições de adquiri-lo devido ao valor elevado. Esclarece que o fornecimento da medicação foi negado

pela ré, sob o fundamento de que não há cobertura contratual para tratamento com o referido medicamento. Afirma que se trata de situação de urgência, sendo o tratamento essencial à autora, que sofre problemas de saúde em decorrência da obesidade. Pugna pela concessão da tutela de urgência para que a requerida providencie o fornecimento do medicamento Ozempic pelo tempo que durar o tratamento. Ao final, requer a procedência da demanda, com a confirmação da liminar, para tornar definitiva a obrigação da ré de fornecer o medicamento Ozempic para a autora.

A tutela de urgência foi inicialmente indeferida (fls. 34/35).

Considerando os novos documentos juntados pela autora, o Juízo *a quo* deferiu a tutela de urgência e determinou que a ré forneça o medicamento Ozempic à autora (fl. 382).

A ré interpôs agravo de instrumento, ao qual se deu provimento (fls. 424/430).

O Juízo *a quo* julgou improcedente a ação (fls. 474/476). Observou que o medicamento Ozempic é de uso domiciliar e não está incluído entre os medicamentos de cobertura obrigatória previstos na Lei nº 9.656/98. Salientou que *“os relatórios médicos apresentados não demonstram de forma inequívoca a exclusividade do medicamento Ozempic para o tratamento da autora, tampouco a ineficácia de outras alternativas terapêuticas disponíveis”*. Considerou que *“a ausência de comprovação da tentativa de uso de outros medicamentos mais acessíveis e a inexistência de prova robusta quanto à urgência do tratamento impedem o reconhecimento do dever da ré em fornecer o medicamento pretendido, sobretudo diante da previsão contratual clara quanto à exclusão de cobertura para medicamentos de uso domiciliar fora das hipóteses legalmente previstas”*.

Inconformada, apela a autora (fls. 481/485). Diz que foram juntados aos autos laudos médicos que comprovam a necessidade do medicamento pleiteado pela requerente. Afirma que *“somente foi solicitado esse medicamento específico para seu tratamento devido ao fato dela já ter utilizado todos os demais medicamentos com valores mais acessíveis e esses não surtiram*

o efeito esperado”. Aduz que “também foi utilizado medicamento alternativo, a Tirzepatida, com ótimos resultados, fls. 451/459, todavia, esse se trata de medicamento com valor mais elevado ainda que o Ozempic”. Alega que “a Apelante encontra-se sem qualquer medicação, tanto o Ozempic, quanto o Tirzepatida acabaram a meses e a Autora não possui condições de comprar nenhum desses medicamentos”. Conclui pela reforma.

Recurso processado (fl. 486) e contrariado (fls. 491/511).

É o relatório.

2. Cuida-se de ação de obrigação de fazer com pedido liminar e tutela antecipada ajuizada por beneficiária de plano de saúde em razão da suposta recusa injustificada da operadora ao custeio de medicamento prescrito.

Julgada improcedente, sobreveio o presente recurso da autora, que não está a merecer acolhida.

A matéria debatida nos autos não é nova e comporta vários entendimentos. Existem decisões em todos os sentidos, dependendo, é certo, da postura que o julgador adota em relação à manifestação de vontade nos contratos.

De toda sorte, e como sempre tenho me posicionado sobre o tema, é preciso que se prestigie a autonomia da manifestação de vontade das partes no contrato, sob pena de, com base no Código de Defesa do Consumidor, criar-se um verdadeiro direito não escrito e não pactuado, ao sabor das interpretações subjetivas das partes e do próprio Poder Judiciário.

O que não se pode deixar de reconhecer é que os planos de saúde, sejam os de prestação de serviço, sejam os de seguro médico, são atividades econômicas exercidas por empresas, e que, portanto, buscam, como resultado dessa atividade, um lucro.

Posta assim a questão, é certo que o contrato é tipicamente de seguro, não se veda o estabelecimento de cláusulas limitativas de responsabilidade. Até porque o prêmio pago guarda nítido cálculo atuarial em relação ao risco assumido.

O que não se deve permitir, *o que é bem diferente*, com base no Código do Consumidor, é apenas a presença de cláusulas dúbias, omissas ou abusivas.

Limitar a responsabilidade em função do prêmio é o procedimento normal em qualquer contrato de seguro. Não impressionam, com todo o respeito que nos merecem, os argumentos de que se justapõem direitos diversos (patrimônio e vida) e, portanto, toda solução deve ser dirigida à parte, ao menos em princípio, hipossuficiente no contrato.

Planos de saúde existem vários e com as mais diversas coberturas. E, obviamente, cada qual tem seu preço.

Na medida em que, sob o apanágio do Código do Consumidor, se igualam, por força de decisões, os riscos assumidos, duas situações surgem, necessariamente. A primeira, direcionada à seguradora, a inviabilizar a atividade econômica. A segunda, direcionada a todos os consumidores, agravados no prêmio, pela verdadeira “socialização” dos eventuais prejuízos. Permite-se antever, sem dificuldade, que será mais cômodo optar pelos planos de menor prêmio e depois buscar o afastamento de todas as limitações.

Ainda que moral ou eticamente sejam defensáveis alguns posicionamentos, com eles o direito, no mais das vezes, não se compadece. Na medida em que se despreza a autonomia da manifestação de vontade, cria-se a insegurança jurídica, desrespeita-se o ato jurídico perfeito e acabado (C.R., artigo 5º, inciso XXXVI). E nada, no estado de direito, é mais grave.

O Poder Judiciário não pode criar obrigações contratuais inexistentes. Pode – e *deve* – coibir o abuso do direito. Não o uso regular, dentro dos princípios constitucionais. Isso só se defere à própria lei.

Nunca é demais ressaltar que a prestação ilimitada de *assistência à saúde* é dever do Estado, por expressa disposição constitucional (artigo 196 desse mesmo diploma), e não dos particulares, no exercício da livre atividade econômica.

Portanto, e se o Estado não cumpre – como deve e deveria – esse dever, certamente não é transferindo aos particulares esse ônus

que as dificuldades serão superadas. No caso concreto, e a inviabilizar a procedência da ação ajuizada, há de se considerar que as cláusulas contratuais excludentes de cobertura que não geram qualquer dúvida.

Nem se pode entender, como regra, presente a vulnerabilidade do consumidor. Ainda que isso seja possível, deve ser analisada concretamente. Eventual presunção legal é circunstância bem diversa, e se refere à *prova* e não ao direito.

Não é vedado, legalmente, o estabelecimento de cláusulas restritivas, ao contrário do que se afirma. O que a jurisprudência tem orientado, bem ao contrário, é que as limitações não são admitidas apenas quando omissas no contrato ou duvidosas.

É a vontade das partes, validamente manifestada. Dizer que é “longa” ou “curta” é ilação subjetiva, sem suporte jurídico.

Todavia, a despeito do entendimento até então adotado por este relator – de que disposição contratual restritiva seria lícita e, como já previamente conhecida, não teria ferido o princípio da boa-fé contratual –, é certo que não se desconhece que a jurisprudência vem se orientando no sentido de considerar abusiva a cláusula que prevê a exclusão de cobertura em qualquer hipótese análoga a dos autos (cf. AgRg no AResp n. 259570-MG, Rel. Min. Sidnei Beneti, j. 11.12.12, AgRg no AResp n. 143474-PB, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. 02.10.12, AgRg no Resp n. 1201998-RJ, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, j. 14.08.12, AgRg no Ag n. 1341183-PB, Rel. Min. Massami Uyeda, j. 10.04.12, dentre outros).

Não bastasse, o Colendo Órgão Especial desta Corte aprovou recentemente súmulas que versam sobre questões relacionadas ao plano de saúde e firmou entendimento no sentido de que **“Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”** (Súmula 102).

No caso em apreço, para além de ser incontroverso nos autos que a requerente é beneficiária do plano de saúde operado pela ré (fls. 15/16), trouxe ela aos autos relatório médico atestando os problemas de saúde que

enfrenta, fazendo-se necessário o tratamento com a medicação em testilha, devido ao diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, obesidade mórbida e discoartropatia degenerativa (fls. 17/19, 43/45, 404 e 412).

Logo, a fim de evitar prolongamento da lide com a interposição de novos recursos, e levando em conta o interesse das partes, além do dever dos Tribunais em manter estável, íntegra e coerente a jurisprudência uniformizada (consoante se verifica dos artigos 926 e 927 do Código de Processo Civil), curva-se este Relator ao entendimento majoritário para concluir pela procedência do pedido cominatório.

Em acréscimo, ao ordenamento jurídico vieram as inovações constantes da Lei nº 14.454/2022, que modificou a Lei nº 9.656/98, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

Assim sendo, hodiernamente prescreve o artigo 10, da Lei nº 9.656/98 que:

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

[...]

§ 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 dada 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 dada 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)

Portanto, as inovações normativas advindas da Lei nº 14.454/22 afastam o entendimento inserto no precedente vinculante estabelecido pelo Superior Tribunal de Justiça acerca da natureza taxativa do sobredito rol.

Por fim, invertidos os ônus da sucumbência, arcará a ré com as custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios arbitrados, com fulcro no artigo 85, § 2º, do Código de Processo Civil, em 10% do valor da condenação.

3. Nestes termos, dá-se provimento ao recurso.

Vito Guglielmi

Relator