

Diário de Justiça Eletrônico Nacional - CNJ - MT

Data de Disponibilização: 05/02/2026

Data de Publicação: 06/02/2026

Região:

Página: 1751

Número do Processo: 1016755-27.2022.8.11.0003

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO MATO GROSSO - DJEN - DJEN

Processo: **1016755 - 27.2022.8.11.0003** Órgão: Segunda Câmara de Direito Privado

Data de disponibilização: 05/02/2026 Classe: APELAÇÃO CÍVEL Tipo de comunicação:

Intimação Meio: Diário de Justiça Eletrônico Nacional Parte(s): SEBASTIÃO GOMES BEZERRA Advogado(s): PRISCILLA GIBIM BEZERRA OAB 21730-A MT Conteúdo:

ESTADO DE MATO GROSSO PODER JUDICIÁRIO SEGUNDA CÂMARA DE DIREITO

PRIVADO Número Único: **1016755 - 27.2022.8.11.0003** Classe: APELAÇÃO CÍVEL (198)

Assunto: [Tratamento médico-hospitalar, Cirurgia] Relator: Des(a). TATIANE COLOMBO

Turma Julgadora: [DES(A). TATIANE COLOMBO, DES(A). MARIA HELENA GARGAGLIONE

POVOAS, DES(A). SEBASTIAO DE ARRUDA ALMEIDA] Parte(s): [SEBASTIAO GOMES BEZERRA - CPF: 090.475.901-63 (APELADO), PRISCILLA GIBIM BEZERRA - CPF:

045.728.571-05 (ADVOGADO), **GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE** - CNPJ: 03.658.432/0001-82 (APELANTE), DANDARA LESCANO - CPF: 030.247.361-07

(ADVOGADO), LETICIA DE AMORIM PEREIRA - CPF: 048.874.491-19 (ADVOGADO),

GUILHERME HENRIQUE ORRICO DA SILVA - CPF: 033.121.881-05 (ADVOGADO), RACINE

PERCY BASTOS CUSTODIO PEREIRA - CPF: 023.886.391-31 (ADVOGADO), EDUARDO DA

SILVA CAVALCANTE - CPF: 859.755.161-53 (ADVOGADO)] A CÓRDO Vistos,

relatados e discutidos os autos em epígrafe, a SEGUNDA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO

do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso, sob a Presidência Des(a). MARIA

HELENA GARGAGLIONE POVOAS, por meio da Turma Julgadora, proferiu a seguinte

decisão: RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. UNÂNIME. EMENTA DIREITO CIVIL E

DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C

INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO NÃO

INCLUÍDO NO ROL DA ANS. NEGATIVA DE COBERTURA. POSSIBILIDADE DE CUSTEIO

EM SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS. LAUDO MÉDICO FAVORÁVEL. DANO MORAL.

INEXISTÊNCIA. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. I. Caso em exame 1. Apelação

cível interposta por operadora de plano de saúde contra sentença que a condenou a

autorizar e custear procedimento cirúrgico com utilização de stents farmacológicos

para tratamento de estenose arterial, bem como ao pagamento de indenização por

danos morais no valor de R\$5.000,00. II. Questão em discussão 2. Há duas questões em

discussão: (i) saber se é legítima a negativa de cobertura do procedimento cirúrgico por

não constar do Rol de Procedimentos da ANS; e (ii) saber se a negativa de cobertura,

nas circunstâncias do caso concreto, configura ato ilícito a ensejar indenização por

danos morais. III. Razões de decidir 3. A Lei nº 14.454/2022 e os precedentes do

Superior Tribunal de Justiça autorizam, em caráter excepcional, a cobertura de

procedimentos não incluídos no rol da ANS, desde que observados critérios técnicos e

médicos específicos. 4. No caso concreto, o procedimento foi prescrito por médico especialista e confirmado por laudo pericial como o mais indicado ao quadro clínico do apelado, inexistindo tratamento alternativo no rol. 5. A negativa de cobertura baseada na ausência do procedimento no rol da ANS não configura, por si só, ato ilícito a ensejar reparação moral, quando não evidenciado agravamento do quadro clínico ou violação à dignidade do paciente. IV. Dispositivo e tese 6. Recurso parcialmente provido para afastar a condenação ao pagamento de danos morais, mantendo-se a obrigação de custeio do procedimento. Honorários advocatícios readequados para 10% sobre o valor da causa devendo ser pagos de forma recíproca, sendo 50% para a parte autora e 50% para as partes requeridas, ficando suspensa a exigibilidade da parte autora por ser beneficiária da justiça gratuita. Tese de julgamento: "1. É possível a cobertura de procedimento não incluído no rol da ANS, quando indicado por profissional assistente e inexistente alternativa eficaz. 2. A negativa de cobertura, quando pautada em interpretação contratual plausível e ausente agravamento do estado de saúde, não enseja indenização por dano moral." R E L A T Ó R I O Trata-se de recurso de apelação interposto por Geap Autogestão em Saúde em face da sentença proferida pelo juízo da 3<sup>a</sup> Vara Cível da Comarca de Rondonópolis nos autos da Ação de Obrigaçāo de Fazer com Pedido de Antecipação de Tutela c.c Danos Moraes ajuizada por Sebastião Gomes Bezerra. A sentença recorrida (ID. 332538431) ratificou os termos da liminar anteriormente deferida, julgou procedente o pedido inicial, determinou que a requerida autorize e/ou custeie a realização do procedimento e dos materiais cirúrgicos Endovascular por angioplastia com stents coronarianos farmacológicos, nos termos da recomendação médica, condenou a requerida ao pagamento de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) a título de danos morais, bem como ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios fixados em 15% sobre o valor da condenação. Em suas razões recursais de ID. 332538433, a apelante alega em síntese que o Rol de Procedimentos e Eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar é taxativo. Defende que em procedimentos cuja técnica não conste especificada no Rol de Procedimentos, a operadora não está obrigada a cobri-los. Assevera a aplicação dos princípios da pacta sunt servanda, boa-fé e razoabilidade ao presente feito. Sustenta a ausência de ato ilícito a ensejar a condenação em danos morais. Por fim, requer o provimento do recurso para reformar a sentença a fim de que seja julgada improcedente. Contrarrazões pelo desprovimento do recurso no ID. 332538438. É o relatório. V O T O R E L A T O R Egrégia Câmara: Analisando os autos de origem, extrai-se que o autor, ora apelado, foi diagnosticada com estenose nas artérias cervicais, sendo indicado, como tratamento, procedimento endovascular por meio de angioplastia com colocação de stent na artéria carótida interna direita, bem como no óstio da artéria vertebral direita. Em razão do referido diagnóstico, o médico responsável pelo seu acompanhamento recomendou a realização de procedimento cirúrgico com a utilização de stents coronarianos farmacológicos, com vistas ao tratamento das estenoses do óstio da artéria vertebral, contudo, a operadora do plano de saúde negou a cobertura, alegando ausência de obrigatoriedade de custeio do procedimento, nos termos das normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ao proferir a sentença recorrida, o juízo a quo julgou procedentes os pleitos contidos na inicial nos seguintes

termos: Ex positis, e de tudo mais que dos autos consta, JULGO PROCEDENTE o pedido inicial. Ratifico os termos da liminar deferida. determinar que a requerida autorize e/ou custeie a realização do procedimento e dos materiais cirúrgicos Endovascular por angioplastia com stents coronarianos farmacológicos, nos termos da recomendação médica indicada ao autor, disponibilizando-o, no prazo de 05 (cinco) dias, sob pena de multa diária, no importe de R\$ 500,00 (quinhentos reais), limitando-se ao valor de R\$ 12.000,00 (doze mil reais). Observando o critério de razoabilidade, condições econômicas da requerida, bem como do requerente, evitando-se o enriquecimento sem causa, condeno a ré a pagar ao autor, a título de ressarcimento pelo dano moral que lhe causou, o valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). A correção monetária incide a partir do arbitramento (STJ, Súm. 362) e os juros de mora, por se tratar de dano moral decorrente de relação contratual, desde a citação. Condeno, ainda, a requerida ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, a favor do advogado da autora, em verba que fixo em 15% do valor da condenação, nos termos do artigo 85, § 8º, do CPC. Transitada em julgado, ao arquivo com baixa e anotações. Inconformado, o plano de saúde interpôs o presente recurso, buscando a reforma do decisum para que seja julgado inteiramente improcedente. Feitos os esclarecimentos necessários para melhor deslinde do presente feito, passo à analisá-lo. A controvérsia no presente recurso limita-se em verificar a possibilidade de reformar a sentença e afastar a obrigação de fazer, bem como a condenação em danos morais. No tocante à obrigação de fazer, em suas razões recursais, o plano de saúde defende que a negativa foi legítima, uma vez que o que o Rol de Procedimentos e Eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar possui caráter taxativo e assim sendo, a operadora não está obrigada a cobrir os procedimentos cuja técnica não conste especificada no referido Rol. Acerca do caráter do Rol de procedimentos e eventos da ANS, cumpre salientar que a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, em recente julgado, se posicionou acerca do tema, ocasião em que definiu teses e requisitos para o deferimento de tratamentos que não se encontram previstos no referido Rol. Peço vênia transcrever a ementa do referido julgado: PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. INFUSÃO DE IMUNOGOLBULINA. PROCEDIMENTO FORA DO ROL DA ANS. PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO SOBRE O TEMA. SUPERVENIÊNCIA DA LEI 14.454/2022. REEXAME DO CONTEXTO FÁTICO PROBATÓRIO NESTA CORTE. IMPOSSIBILIDADE. RETORNO DOS AUTOS AO TRIBUNAL DE ORIGEM. 1. Ação de obrigação de fazer. 2. A Segunda Seção, ao julgar o EREsp 1.889.704/SP e o EREsp 1.886.929/SP, estabeleceu a seguinte tese, com a ressalva do meu entendimento pessoal: 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 ao Rol; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra Rol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido 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 técnica 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. 3. Em 22/9/2022, entrou em vigor a Lei 14.454/2022, estabelecendo, no § 13 do art. 10 da Lei 9.656/1998, as condições para a cobertura obrigatória, pelas operadoras de planos de saúde, de procedimentos e eventos não listados naquele rol, a saber: I - exata comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou 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. 4. Em virtude do óbice da súmula 7/STJ - que impede a análise, por esta Corte, do contexto fático-probatório -, forçoso determinar o retorno do processo ao Tribunal de origem, a fim de que, a partir do reexame dos elementos dos autos, realize novo julgamento da apelação, considerando o precedente da Segunda Seção e a superveniência da Lei 14.454/2022. 5. Recurso especial conhecido e provido. (STJ - REsp: 0000000000002210597 SP 2025/0152066-4, Relator.: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 23/06/2025, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJEN 26/06/2025) (destaquei). O julgado supramencionado vai em consonância com o que estabeleceu a Lei nº 14.454/2022 que alterou a Lei nº 9.656/98, mais precisamente em seu artigo 10, §§ 12 e 13, o qual determinou que, ainda que o tratamento não esteja previsto no rol, sua cobertura deve ser autorizada quando houver evidências científicas ou recomendação de instituições reconhecidas. In verbis: "Art. 10. (...) § 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde. (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022) § 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." Nesse contexto, os procedimentos não incluídos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não possuem cobertura automaticamente excluída pelos planos de saúde. Ao contrário, sua cobertura é admissível desde que preencham determinados requisitos, quais sejam: inexistência de substituto terapêutico,

esgotamento dos procedimentos previstos no rol da ANS, ausência de indeferimento expresso pela ANS quanto à incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar, comprovação de eficácia do tratamento com base na medicina baseada em evidências e existência de recomendações favoráveis emitidas por órgãos técnicos de renome nacional. Diante desse contexto, faz-se necessário ressaltar que não há nos autos qualquer indicativo de que haja qualquer substituto terapêutico ou procedimento constante no Rol da ANS para o procedimento pleiteado. Assim, tendo em mente que, conforme o laudo pericial de ID. 332538418, o tratamento indicado pelo médico assistente neurocirurgião era o mais indicado para o caso em tela, devido aos fatores de risco, idade, sintomas e doença do paciente, a manutenção da sentença quanto a obrigação de fazer é medida escorreita. Nesse sentido: DOIS RECURSOS DE APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL - CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE - NEGATIVA DE COBERTURA DO PROCEDIMENTO DE ANGIOPLASTIA COM STENT - ILEGALIDADE - DANO MORAL CARACTERIZADO - NEXO CAUSAL EXISTENTE - VERBA INDENIZATÓRIA FIXADA COM OBSERVÂNCIA DOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE - MANUTENÇÃO - RECURSOS IMPROVIDOS. As cláusulas e condições gerais do plano de saúde devem ser redigidas em consonância com o estabelecido na lei consumerista, devendo, ainda, serem respeitadas as formas de interpretação e elaboração contratual, dando-se pleno conhecimento ao consumidor acerca do conteúdo do instrumento, a fim de coibir desequilíbrios entre as partes, (...).(N.U 0035848-59.2011.8.11.0041, MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 11/06/2014, Publicado no DJE 02/07/2014)(destaquei). Superada essa controvérsia, passo para a análise da ocorrência ou não de danos morais ante a negativa do plano de saúde. Nas hipóteses em que a operadora do plano de saúde recusa o fornecimento do tratamento, a mera interpretação contratual não gera ato ilícito passível de indenização por danos morais. Isso porque, a negativa de cobertura com base na interpretação do contrato se revela justificável, conforme entendimento consolidado por essa Colenda Câmara, sobretudo quando, in casu, não há comprovação de um agravamento na condição do Apelante. Nesse sentido: RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - PARCIAL PROCEDÊNCIA - PLANO DE SAÚDE - APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - HOME CARE - RECUSA INJUSTIFICADA - TRATAMENTO INDICADO POR PROFISIONAL MÉDICO RESPONSÁVEL - COBERTURA DEVIDA - PRESERVAÇÃO DO BEM MAIOR (VIDA) - DANO MORAL - AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO - SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. 1. Os contratos de planos de saúde estão submetidos ao Código de Defesa do Consumidor, nos termos do artigo 35 da Lei 9.656/98, pois envolvem típica relação de consumo. Assim, na espécie, incide o artigo 47 do CDC, que determina a interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor. 2. O serviço de Home Care (tratamento domiciliar) constitui desdobramento do tratamento hospitalar contratualmente previsto, que não pode ser limitado pela operadora do plano de saúde. Na dúvida, a interpretação das cláusulas dos contratos de adesão deve ser feita da forma mais favorável ao consumidor. (STJ, AgInt no AgInt no AREsp 1813690/RJ). 3. A operadora de plano de saúde não pratica ato ilícito gerador de dano moral, por si só, ao

negar a cobertura de determinado procedimento, segundo sua interpretação contratual. Precedentes do STJ (AgInt no REsp 1270321/RS; AgInt no REsp 1790810/SP e AgInt no REsp 1812237/SP).- (N.U 1018736-40.2023.8.11.0041, CÂMARAS ISOLADAS CÍVEIS DE DIREITO PRIVADO, MARILSEN ANDRADE ADDARIO, Segunda Câmara de Direito Privado, Julgado em 05/02/2025, Publicado no DJE 11/02/2025) (destaquei). Ademais, é cediço que o descumprimento contratual, em que pese seja desgastante para o consumidor, não tem o condão, por si só, de violar a honra, a dignidade ou a intimidade da Autora/Apelante, não ultrapassando o mero dissabor do cotidiano. Somado a isso, é importante consignar que não há provas de que a recusa do tratamento tenha contribuído para o agravamento do quadro clínico da autora. Assim, a reforma da sentença quanto a este ponto é medida que se impõe. Diante do exposto, conheço e DOU PARCIAL PROVIMENTO ao recurso, tão somente para extirpar da sentença a condenação em danos morais. Tendo em vista o novo resultado da lide, readequou os honorários advocatícios em 10% sobre o valor da causa para que sejam pagos de forma reciproca, sendo 50% para a parte autora e 50% para as partes requeridas, ficando suspensa a exigibilidade da parte autora por ser beneficiária da justiça gratuita. É como voto. Data da sessão: Cuiabá-MT, 28/01/2026