

Coletânea de Jurisprudências  
Volume I

# Planos de Saúde

Questões atuais no Tribunal  
de Justiça de São Paulo

VilhenaSilva<sup>®</sup>  
A D V O G A D O S

Coletânea de Jurisprudências  
Volume I

# Planos de Saúde

---

Questões atuais no Tribunal  
de Justiça de São Paulo

São Paulo  
Novembro de 2009

Distribuição Gratuita

**VilhenaSilva.**  
A D V O G A D O S

## Apresentação

Com credibilidade e transparência, há doze anos, o escritório Vilhena Silva Advogados atua na defesa do direito à Saúde, atendendo clientes, em sua grande maioria, portadores de moléstias graves, que, em estado delicado de saúde, esperam do Judiciário uma esperança para continuar a viver.

A especialização de serviços jurídicos voltados à defesa do Direito à Saúde proporcionou, de maneira rápida, eficaz e humana, o acesso efetivo a um dos mais importantes e essenciais direitos sociais dos cidadãos.

A reunião de alguns dos julgamentos mais importantes com atuação da equipe do Vilhena Silva Advogados deu origem a esta coletânea de jurisprudências, que poderá auxiliar os consumidores e interessados em busca do efetivo direito à saúde.

Um grande abraço e boa leitura.

Renata Vilhena Silva

Advogada especializada em Direito à Saúde

# Índice

<b>I. O Direito à Saúde</b> .....	2
<b>II. Jurisprudências</b> .....	4
1. Carência .....	4
2. Hemodiálise .....	5
3. Reajuste Abusivo das Mensalidades .....	6
4. Indenização por Danos Morais .....	8
5. Sistema Nacional Unimed .....	10
6. Rescisão Unilateral de Contrato .....	12
7. Reembolso com Base em Tabela da Seguradora .....	13
8. Descredenciamento de Hospital .....	15
9. Tratamento Oncológico .....	16
9.1. Quimioterapia com Medicamento Importado .....	16
9.2. Tratamento Experimental (Off Label) .....	17
9.3. Novas Tecnologias .....	18
9.3.1. PET CT .....	18
9.3.2. Radioterapia IMRT .....	20
10. Órteses e Próteses .....	22
10.1. Marcapasso .....	22
10.2. Prótese Ortopédica .....	22
10.3. Stent .....	23

## I. O Direito à Saúde

A deficiência na prestação do serviço de saúde pública faz com que, a cada ano, milhares de pessoas busquem a iniciativa privada, certas de que os empecilhos as suas necessidades terão fim.

Entretanto, com o tempo, percebem que as dificuldades permanecem, mudando apenas de lugar e de gênero. Se no SUS há extrema lentidão para a prestação dos serviços aos cidadãos, na iniciativa privada há resistência por parte das operadoras de procederem à cobertura de determinados tratamentos, mesmo que previstos contratualmente, seja para pagar seu custo diretamente ao hospital em que o paciente se trata, seja para reembolsar as quantias dispensadas pelo segurado.

Há, ainda, arbitrariedades relativas ao aumento abusivo de mensalidade, principalmente quando se referem à mudança por faixa-etária acima dos 60 anos e ao descredenciamento unilateral dos clientes. Sem contar as restrições à cobertura de novas tecnologias e de órteses e próteses, quando essenciais ao ato cirúrgico.

Acreditava-se que com a entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde (9656/98) essas arbitrariedades se cessariam ou, ao menos, diminuiriam. Mas não foi isso o que ocorreu e o Judiciário tornou-se a derradeira alternativa dos consumidores de produtos de saúde para garantirem seus tratamentos.

O Vilhena Silva Advogados, há doze anos, vem defendendo em juízo a pretensão dos consumidores frente às abusividades dos planos de saúde. Tantas intervenções no Judiciário deram ao escritório sólido conhecimento no ramo do Direito à Saúde, ensejando a formulação de teses que acabaram por cooperar com a inovação da jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo.

Uma pequena parcela desse fruto pode ser apreciada no livreto a seguir, preenchido com jurisprudências ilustrativas e respectivos comentários sobre o direito do segurado de receber seu devido tratamento e

desvencilhar-se das arbitrariedades da prestadora de serviços.

Embora com teores diversos, os acórdãos que seguem trazem em seu âmago o direito de as pessoas preservarem sua dignidade humana.

## II. Jurisprudências

### I. Carência

#### Ementa

Plano de Saúde – Infarto agudo do miocárdio e posterior insuficiência renal severa – Custeio de despesas médico-hospitalares pela empresa recorrente – Admissibilidade – Segurado acometido de crise aguda e inopinada – Necessidade de realização de cirurgia de urgência comprovada – Abusividade de cláusula desse contrato que estabelece prazo de carência de noventa dias – Irrelevância, pela situação de urgência e dado o risco de morte, e da argumentação da apelante de que o serviço de pronto-socorro do hospital utilizado não fosse por ela credenciado – Ademais, situação passível de dúvida, pois constava conveniado esse nosocômio para efeito de internação – Situação a beneficiar o consumidor – Recurso não provido.

*(Apelação Cível nº 243.197.4/5-00 - São Paulo / Foro Regional de Pinheiros - Relator: Encinas Manfre - 28.09.05)*

**Fato: Plano de Saúde nega cobertura de tratamento por, supostamente, o segurado ainda não ter cumprido o prazo de carência.**

Não é raro uma operadora negar um procedimento, uma internação ou um medicamento, devido, segundo ela, ao fato de o prazo de carência para sua cobertura não ter sido cumprido.

Acontece que, quando o tratamento possui caráter de urgência ou emergência, não pode prevalecer a carência específica para o tratamento de certa doença, mas sim o prazo genérico estabelecido pela Lei 9.656/98, de 24 horas.

Ainda, é necessário frisar que a jurisprudência declarou nula a Resolução 13 do CONSU, que limita o atendimento de urgência ou emergência a 12 horas de internação, devendo o paciente, após esse prazo, ser atendido pelo SUS ou arcar com o custo do tratamento de forma particular.

## II. Jurisprudências

### 2. Hemodiálise

#### Ementa

Plano de Saúde – Obrigação de Fazer - Despesas com tratamento de hemodiálise - Exclusão de cobertura - Recusa da ré injustificada - Cláusula restritiva abusiva à luz do CDC, que deve ser aplicado à hipótese vertente, embora o contrato tenha sido firmado anteriormente à sua vigência - Retroatividade admitida em situações como a dos autos - Inteligência do artigo 5º da Lei de Introdução ao Código Civil - Plano, ademais, adquirido em regime amplo, o que garante ao segurado a prestação de serviços em caso de internação, ainda mais no caso de urgência - Sentença mantida - Recurso improvido.

*(Apelação Cível nº 482 424 4/6-00 - São Paulo – 11ª Vara - Relator: Salles Rossi - 23.08.07)*

**Fato: Com base em cláusula genérica, a seguradora exclui o tratamento de hemodiálise.**

Nesse ponto, é majoritário o posicionamento no Tribunal de Justiça, chamando a atenção para o fato de que se a hemodiálise se destina a tratar de moléstia a que o plano fornece cobertura não deve ser negada ao paciente.

Tampouco isso pode acontecer, quando ela se dá em ambiente de internação hospitalar com caráter de urgência.

Aqui, é preciso frisar que o contrato deve atingir sua finalidade, de modo que a restrição dessa terapia inviabiliza a prestação de serviço, pois ela é inerente à natureza contratual.

## II. Jurisprudências

### 3. Reajuste Abusivo das Mensalidades

#### Ementa

Plano de Saúde - Insurgência contra reajustes aplicados - índices superiores aos contratos firmados na vigência da Lei 9.656/98 e aplicação de reajuste por mudança de faixa etária - Autora com 85 anos de idade - Contrato firmado antes da Lei 9.656/98, mas os reajustes impugnados ocorreram já na vigência de tal lei, que se aplica aos fatos ocorridos sob sua égide - Vedada a variação das contraprestações pecuniárias para consumidores com mais de sessenta anos de idade (Lei 9.656/98, art. 15, parágrafo único) - Reajustes que a apelante pretende aplicar, superiores aos autorizados pela ANS para os contratos firmados na vigência da Lei 9.656/98, colocam a autora em desvantagem exagerada e restringem direito ao ponto de a manutenção do plano se tornar inútil - Abusividade - Incidência do CDC à espécie - Vedação dos reajustes não autorizados pela ANS para os contratos firmados sob a égide da Lei 9.656/98, bem como aqueles por mudança de faixa etária - Restituição dos valores pagos em excesso, o que deverá ser apurado em liquidação de sentença - Recurso improvido.

*(Apelação Cível nº 610.726 4/0-00 - São Paulo - Foro Central - Relator: Paulo Eduardo Razuk - 05.05.00)*

**Fato: Plano de Saúde eleva a mensalidade do consumidor, em razão de mudança de faixa etária acima dos 60 anos.**

A lei 10.741/03 (Estatuto do Idoso) é taxativa ao não permitir a discriminação do idoso nos seguros de saúde. A ANS, antenada ao Estatuto, instituiu a Resolução Normativa 63/2003, em que consta a faixa de 59 anos como última sujeita ao reajuste por faixa-etária.

Do mais, o Tribunal de Justiça afirma que o Estatuto do Idoso tem validade para regular os contratos firmados antes de 2003, devido a esse tipo de instrumento ser renovado a cada ano, tendo de se sujeitar à legislação

## II. Jurisprudências

### 3. Reajuste Abusivo das Mensalidades

vigente.

Adiante, a jurisprudência reconhece a vulnerabilidade do consumidor idoso, ressaltando a proteção especial a esse tipo de segurado.

## II. Jurisprudências

### 4. Indenização por Danos Morais

#### Ementa

Ação cominatória c.c. indenização por danos morais. Contrato de seguro-saúde. Negativa de cobertura fundada em inexistência de credenciamento do hospital escolhido para o procedimento buscado pela autora. Hospital que possui credenciamento. Recusa de cobertura arbitrária e abusiva por parte da ré. Dano moral devido por angústia decorrente da incerteza quanto à negativa indevida de cobertura de despesas hospitalares e médicas. Decisão mantida. Recurso improvido.

(Apelação Cível nº 496.815-4/8 - São Paulo - Relator: Carlos Stroppa - 17.07.07)

**Fato: Seguradora nega prestação de atendimento, mesmo quando a solicitação possui expressa previsão contratual, acarretando angústia no paciente, devido à incerteza de realizar seu tratamento.**

Nas relações de consumo de serviços de saúde, em muitas ocasiões, a omissão da prestadora ocasiona danos morais no segurado, que sofre pela incerteza de realizar ou não seu tratamento.

De todo modo, até mesmo nesse ponto a legislação e a jurisprudência caminham juntas para assegurar o direito do ofendido.

Nossa constituição estabelece proteção ímpar ao direito à vida e a todos os bens imateriais ligados a ela e o artigo 12 do Código Civil impõe sanção a quem lesionar direito de personalidade, podendo-se reclamar indenização por perdas e danos do ofensor.

Mas a maior motivação da condenação por danos morais é impedir que a seguradora continue tratando com descaso seus segurados.

## II. Jurisprudências

### 4. Indenização por Danos Morais

A jurisprudência reprime com rigidez a omissão das seguradoras, aplicando sanção em dinheiro como contrapartida ao dano moral causado ao consumidor.

Não há um exato parâmetro em que os juízes possam se basear para estabelecer o ressarcimento; os magistrados contam muito mais com sua experiência para tanto. De toda forma, raras são as indenizações fixadas em menos de 10 salários mínimos, de modo que já obtivemos decisões estabelecendo reparação de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

## II. Jurisprudências

### 5. Sistema Nacional Unimed

#### EMENTA

Convênio Médico. Unimed. Inexistência de ilegitimidade passiva da co-ré Unimed Paulistana, porque, embora não contratando diretamente com a autora, cumpria-lhe a autorização para a internação em São Paulo e posterior ressarcimento - junto à Unimed de Fortaleza. Sistema Unimed que já prevê o intercâmbio e que vincula suas unidades ao consumidor pela publicidade a respeito. Procedência que se impunha mesmo diante da peculiaridade fática do caso. Responsabilidade da Unimed de Fortaleza quanto a cobertura da radioterapia, a qual foi submetida a autora no Hospital Sírio Libanês, por não haver o tratamento específico no Estado do Ceará. Hospital localizado em São Paulo e que é credenciado à Unimed Paulistana, integrando, portanto, o Sistema Nacional Unimed. Recursos improvidos.

*(Apelação Cível nº 517.888.4/0 - São Paulo - Relator: Maia da Cunha - 02.08.07)*

**Fato: Unimed´s regionais negam cobertura a tratamento realizado em determinado hospital, aduzindo que o estabelecimento não é credenciado a elas, mas apenas à Unimed Paulistana.**

As Unimed´s regionais, com o intuito de captarem clientes, informam que pertencem ao Sistema Nacional Unimed. No entanto, quando um paciente se trata em um hospital de São Paulo, por exemplo, a Unimed regional nega a cobertura ao segurado, asseverando que a entidade não é filiada a ela, mesmo sendo filiada ao Sistema Nacional Unimed.

Os desembargadores vêm eliminando essa abusividade, demonstrando que as Unimed´s constituem um mesmo grupo econômico, de modo que o trânsito de informações entre elas é viável, possibilitando até mesmo o intercâmbio de senhas para a realização de exames.

## II. Jurisprudências

### 5. Sistema Nacional Unimed

Quando as Unimed's oferecem esse tipo de negativa, afrontam o CDC, especialmente seu artigo 6º, IV.

Enfim, a jurisprudência atesta a responsabilidade solidária das Unimed's, em casos como o presente.

## II. Jurisprudências

### 6. Rescisão Unilateral de Contrato

#### Ementa

Seguro saúde - Demissão do autor - Direito de permanecer no mesmo plano, nos termos do artigo 30 da Lei 9.656/98 - Interpretação da legislação específica em conjunto com os ditames do Código de Defesa do Consumidor — Impossibilidade de exigência de carência já que se trata de continuidade do mesmo plano anterior mantido pela empregadora - Ação procedente – Recurso provido.

*(Apelação Cível com Revisão nº 512.044-4/3-00- São Paulo - Relator: Beretta da Silveira - 31.07.07)*

**Fato: Operadora descredencia segurado beneficiário de plano coletivo, sem informá-lo da possibilidade de manter o plano.**

O artigo 30 da Lei 9656/98 delinea as possibilidades em que o funcionário, dispensado sem justa causa, pode permanecer com o plano de que desfrutava enquanto empregado, custeando-o individualmente.

A jurisprudência afirma que o plano de saúde deve deixar o segurado ciente dessa possibilidade, sem cancelá-lo unilateralmente, principalmente quando ele está se submetendo a tratamento.

As seguradoras devem se atentar à responsabilidade que possuem e ao bem que protegem, ou seja, a vida humana. Suspender o fornecimento dos serviços, sem que o segurado tenha ciência disso, representa imenso descaso e abusividade. Mas, felizmente, o Tribunal de Justiça já se atentou a essa omissão de muitas seguradoras, restabelecendo o vínculo contratual, quando de direito do consumidor.

## II. Jurisprudências

### 7. Reembolso Com Base em Tabela da Seguradora

#### Ementa

Seguro-Saúde - Reembolso de despesas médicas - Contrato não adaptado nos termos da Lei nº 9.656/98 - Natureza contratual típica dos contratos de adesão - Exame da matéria à luz da legislação vigente no ordenamento jurídico, em homenagem ao princípio da boa-fé contratual, da função social do contrato e da razoabilidade - Impossibilidade de afastar a aplicação do Código de Defesa do Consumidor - Limitação dos direitos do aderente que deve ser clara e expressamente transmitida pela seguradora, sob pena de configurar-se abusiva - Utilização de unidades de serviço criadas e alteradas unilateralmente pela contratada - Impossibilidade de conhecimento, pelo homem médio, do valor exato do reembolso apenas pela leitura do seu contrato - Illogicidade, ademais, da pretensão da ré em reembolsar quantia ínfima, que fica aquém até mesmo do valor de cada prestação mensal paga pelo segurado a título de prêmio - Cláusulas abusivas que merecem ser afastadas, mitigado o alegado princípio "pacta sunt servanda" - Sentença mantida - Recurso desprovido.

*(Apelação Cível nº 611.292.4/6-00 - São Paulo - Relator: João Carlos Garcia - 10.02.09)*

**Fato: Reembolso de despesas médicas nos limites contratuais: falta de transparência e informação.**

É comum a prática das empresas de seguro saúde de reembolsarem as quantias dispensadas por seus segurados com base em tabela e moeda próprias.

Acontece que, nos contratos, as seguradoras não expõem de forma esclarecedora como o consumidor pode realizar os cálculos. Sendo assim, a prestadora efetua cálculos obscuros, sempre promovendo ao beneficiário uma ingrata surpresa, quando toma ciência do valor que lhe

## II. Jurisprudências

### 7. Reembolso Com Base em Tabela da Seguradora

será devolvido.

Nesse passo, mais uma vez, a jurisprudência enaltece a necessidade de se prestar a devida informação ao consumidor. E, ainda, ressalta que a diferença entre o valor gasto e o valor percebido pelo segurado promove grave desequilíbrio contratual.

Embora seja uma discussão recente, tem sido extremamente positivo o saldo de decisões favoráveis aos segurados.

## II. Jurisprudências

### 8. Descredenciamento de Hospital

#### Ementa

Obrigação de fazer. Tratamento por braquiterapia. Hospital indicado anteriormente integrava a lista de conveniados com a apelante. Descredenciamento não pode prejudicar o segurado, mesmo porque, não há outro nosocômio que integre a rede apresentada pela ré. Relação de consumo configurada. Obrigação da apelante no pagamento do tratamento deve prevalecer, haja vista o que fora avençado. Apelo desprovido.

*(Apelação Cível nº 399.925-4/2-00 - São Paulo - Relator: Natan Zelinski De Arruda- 28.01.98)*

**Fato: Plano de Saúde desvincula, sem justificativa plausível, hospital de sua rede credenciada.**

A relação de hospitais credenciados é um dos meios de que se utilizam as seguradoras para conquistarem clientes, de modo que há grande ofensa ao equilíbrio contratual, quando do descredenciamento de hospital com qualidade; atitude que pode até mesmo caracterizar propaganda enganosa.

Essa conduta está prevista na Lei 9.656/98. Embora a decisão acima se refira a contrato firmado antes da vigência dessa lei, a jurisprudência entendeu válida sua aplicação ao caso em tela.

## II. Jurisprudências

### 9. Tratamento Oncológico

#### 9.1 Quimioterapia com Medicamento Importado

##### Ementa

Plano de Saúde - Recusa no fornecimento de medicamentos (Vidaza e Eprex), em razão de se tratar de medicamento importado e não nacionalizado - Alegação de cláusula contratual de exclusão ao fornecimento - Inadmissibilidade - Prova satisfatória de que o medicamento corresponde ao próprio tratamento oncológico iniciado, de cobertura prevista no contrato - Comprovação da urgência - Aplicação do Código de Defesa do Consumidor - Exegese dos artigos 47 e 51, § 1º, II, do Código de Defesa do Consumidor - Sentença mantida - Recurso não provido.

*(Apelação Cível nº 603 491-4/0-00 - São Paulo / Foro Regional de Pinheiros - Relator: José Percival Albano Nogueira Junior - 18.12.08)*

**Fato: Plano de Saúde nega cobertura de terapia com medicamento importado.**

Muitas vezes o medicamento importado se torna a última alternativa do paciente para prosseguir com sua luta contra o câncer, todavia sua esperança esbarra na falta de cobertura do plano de saúde. A jurisprudência entende que os contratos de plano de saúde devem atingir a finalidade pela qual foram contratados, ou seja, a efetiva garantia de cobertura do tratamento.

Para sustentar essa decisão, os desembargadores se utilizam do Código de Defesa do Consumidor, enfatizando que se uma cláusula fere o objeto contratual ela deve ser declarada nula com base nessa lei. (Conferir artigos 47 e 51 do CDC).

Acontece que, em muitos casos, o medicamento já se encontra registrado

## II. Jurisprudências

### 9. Tratamento Oncológico

na ANVISA, mas, por burocracia, fica preso na Câmara de Preços, o que faz com que os seguros restrinjam seu fornecimento. Burocracia que só é suprimida nas entranhas do Judiciário, favorecendo os segurados.

#### 9.2 Tratamento Experimental (Off Label)

##### Ementa

Plano de Saúde. Ação de Obrigação de Fazer. Pretensão de Reembolso das quantias desembolsadas para pagamento de quimioterapia com o medicamento chamado "Mabthera". Negativa de Cobertura sob a alegação de que o tratamento com essa droga é experimental e de que só há cobertura quando o tratamento é ambulatorial. Procedência parcial. Reconhecimento de que a utilização da droga foge do conceito de Tratamento Experimental, pois já utilizada anteriormente em casos semelhantes com sucesso. A cláusula invocada pela Seguradora para negar a cobertura do medicamento permite o reembolso das despesas como exceção à regra de exclusão. Recurso não provido.

*(Apelação Cível nº 479.998.4/7-00 - São Paulo - Relator: DAISE FAJARDO NOGUEIRA JACOT - 06.04.09)*

**Fato: Plano de Saúde nega cobertura de medicamento quando a prescrição médica não coincide com a previsão da bula.**

Um dos mais reiterados motivos de negativa de tratamento por parte das seguradoras é alegar que se trata de procedimento experimental. Do mesmo modo, para analisar a pretensão do paciente nesse propósito, entende o Judiciário que o importante é que ele conste no rol da ANVISA.

Entretanto, a mais atual jurisprudência tem prescindindo até mesmo dessa

## II. Jurisprudências

### 9. Tratamento Oncológico

condição, enfatizando que o credenciamento dos medicamentos nessa listagem é muito burocrático, enaltecendo a necessidade de se atender a precisão do paciente, argüindo que, se o tratamento já demonstrou, comprovadamente, bons resultados em outros pacientes, fica descaracterizado seu caráter experimental.

Ademais, quando se atrela à terapia por que passa o paciente e no contrato de adesão consta expressa sua cobertura, a droga tida como experimental terá de ser fornecida sob risco de prejuízo ao princípio da informação.

O Judiciário realmente deve esfacelar as barreiras burocráticas, buscando promover o efetivo direito à Saúde.

#### 9.3 Novas Tecnologias

##### 9.3.1 PET CT

###### Ementa

Plano de saúde - Aplicação do Código de Defesa do Consumidor — Cláusula de exclusão de cobertura para a aquisição e fornecimento do medicamento Xeloda, de combate ao câncer e para a realização de exame chamado PET-CT. Indispensável ao direcionamento do tratamento, máxime em razão de metástase — cláusula considerada abusiva — negar-se cobertura a tal procedimento, limitando-se as obrigações da ré ao rol da ANS, implicaria na negação da própria finalidade do contrato que é assegurar a continuidade da vida e da saúde, deixando o prestador de serviços de atuar com o cuidado próprio a sua atividade especialmente em função da natureza a ela correspondente. Cautela que tem a ver com a própria dignidade da pessoa humana e o quanto dela resulta no tocante ao conveniado. Essa, aliás, outra forma pelo qual o cuidado em mais de uma de suas múltiplas facetas acaba por se manifestar, em reafirmação do

## II. Jurisprudências

### 9. Tratamento Oncológico

quanto se vem a respeito dele afirmando, relativamente a constituir-se em verdadeira instituição jurídica e que acaba por integrar inúmeras circunstâncias das relações entre os cidadãos e do estado para com eles, sob sua consideração com tal moldura, estão envolvidos aspectos variados e que tanto pertinem à maneira como se conduzem os participantes da relação jurídica, como a forma como o Estado reage ao ser provocado em função da necessidade de intervir para estabelecer o equilíbrio preciso e indicar qual a responsabilidade atribuível a cada qual das partes na esfera de atribuições que lhes concernem em dada situação da vida. Fática ou jurídica, principalmente quando exista a necessidade de intervenção do particular para suprir aquilo que o poder público não tem condição de oferecer na promoção do bem comum ou de todos os cidadãos (cf, art 3º. iv) Agravo retido não conhecido e recurso improvido.

*(Apelação Cível nº 483.034.4/3-00 - VOTO Nº 14850 - FORO REG. PINHEIROS (5ª VARA - PROCESSO Nº 101248/2006) - Relator: A.C. Mathias Coltro - 21.05.08)*

**Fato: Exclusão de cobertura do exame PET-CT. Alegação de falta de previsão no rol de procedimentos da ANS.**

A falta de cobertura do exame PET-CT é um dos objetos que mais gera ingresso no judiciário, na esfera da prestação de serviços de saúde privados. As seguradoras o negam por se tratar de investigação diagnóstica, assemelhando-o a um mero “check-up”. Ou ainda, por não constar no rol de procedimentos da ANS.

Todavia, felizmente já é pacífica a compreensão no Judiciário de que o PET-CT é inerente à cura do paciente. Acontece que esse exame consegue identificar células cancerígenas com extrema precisão e em tempo hábil, tornando-se o norte das futuras intervenções da equipe médica.

## II. Jurisprudências

### 9. Tratamento Oncológico

Sobre não constar no rol da ANS, o judiciário enfatiza que a listagem dessa agência não acompanha o avanço da medicina, de sorte que o segurado não pode ser privado dessa eficaz tecnologia.

Sua restrição desvirtua enormemente o objeto contratual, desequilibrando a relação entre as partes, ferindo o disposto no artigo 39 incisos I e II do Código de Defesa do Consumidor.

#### 9.3.2 Radioterapia IMRT

##### Ementa

Plano de Saúde - Ação ordinária de preceito cominatória - Negativa de cobertura a procedimento de radioterapia com intensidade modulada de feixe - Não cabe ao paciente a escolha do tipo de radioterapia - Necessidade do procedimento atestada pelo médico responsável - Incidência do CDC à espécie, mesmo qualificando-se a ré como empresa de autogestão - Radioterapia com intensidade modulada de feixe não se insere dentre as restrições de cobertura do Art. 10 da Lei 9.656/98 - Afastamento da limitação do valor de cobertura à tabela da ré, por vedação pelo CDC - Mantida a procedência do pedido - Recurso improvido.

*(Apelação Cível com Revisão nº 563.184-4/0-00 - São Paulo - Foro Central - 22ª Vara Cível - Relator: Paulo Eduardo Razuk - 03.06.08)*

**Fato: Seguro-Saúde cerceia a radioterapia IMRT, asseverando que só dará cobertura a radioterapia convencional.**

A técnica IMRT (radioterapia de intensidade modulada do feixe) revelou-se tratamento eficaz contra o câncer de diversos tipos, como de próstata, de

## II. Jurisprudências

### 9. Tratamento Oncológico

pescoço, de pâncreas etc. Os feixes atacam as áreas afetadas, preservando os tecidos saudáveis.

A jurisprudência assevera a importância de se ater a prescrição médica, pois essa radioterapia só é utilizada quando se mostra imprescindível, sendo a única opção que resta ao restabelecimento da saúde do paciente.

Os desembargadores salientam que negar esse procedimento significa ferir a natureza contratual, principalmente por ir contra o disposto no artigo 10, incisos I a X, da Lei 9656/98, em que se expõe um rol taxativo de procedimentos aos quais as seguradoras não precisam prestar cobertura, de modo que o IMRT não se enquadra nele.

## II. Jurisprudências

### 10. Órteses e Próteses

#### 10.1 Marcapasso

##### Ementa

Seguro saúde. Negativa de cobertura contratual ao implante de marcapasso. Inadmissibilidade. Cláusula abusiva. Inteligência do artigo 51, IV, e § 1º do Código de Defesa do Consumidor. Recurso provido.

*(Apelação Cível com Revisão nº 591.4 31-4/8-00 - São Paulo - I.F.R. Jabaquara - Relator: Adílson de Andrade - I I . I . 08)*

**Fato: Plano de Saúde nega, sem justificativa, cobertura do dispositivo marcapasso.**

O marcapasso ainda é figura constante nas discussões dos tribunais brasileiros. Muitos contratos antigos, ou seja, firmados antes da Lei 9.656/98, excluem, expressamente, esse dispositivo. Entretanto, a jurisprudência tem decidido que a cláusula contratual que exclui o marcapasso é abusiva, pois, do mesmo modo, compromete a finalidade contratual, de modo que sua exclusão significa a exclusão do tratamento cardiológico propriamente dito.

#### 10.2 Prótese Ortopédica

##### Ementa

Seguro-Saúde – Custeio de despesas médico-hospitalares relativas à implantação de prótese – recusa da seguradora – Inadmissibilidade – Aplicação do Código de Defesa do Consumidor – Abusividade da cláusula excludente de cobertura – Hipótese na qual a colocação desse instrumento está jungida de modo inafastável ao procedimento cirúrgico ao qual se sujeitou o segurado – Ademais, ausência de indicativos de ter

## II. Jurisprudências

### 10. Órteses e Próteses

havido esclarecimento acerca de restrição contratual – Recurso não provido.

*(Apelação Cível com Revisão nº 544.255-4/5-00 - São Paulo - Relator: Encinas Manfre - 07.08.08)*

**Fato: Plano de Saúde nega cobertura de prótese ou órtese de maneira genérica**

Essa exclusão genérica é rejeitada pela atual jurisprudência, que entende que a necessidade de implantação de próteses ou órteses, depois de ato cirúrgico coberto pelo plano, atrela-se à recuperação do paciente. Ademais, os tribunais chamam a atenção para o fato de que, na maioria das vezes, pelo contrato de adesão, não é dada ao aderente a possibilidade de saber o que será ou não considerado como prótese ou órtese, devendo prevalecer os artigos 6º, 14 e 46 do CDC.

#### 10.3 Stent

##### EMENTA

Plano de Saúde - Cláusula excludente da cobertura de colocação de próteses e órteses - Aplicação de stent - Artefato indispensável ao próprio ato cirúrgico, com a finalidade de evitar intervenção mais grave ao paciente e mais dispendiosa à operadora de plano de saúde - Obscuridade dos termos prótese e órtese ao consumidor, que ferem princípio da transparência da oferta - Aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos relacionais celebrados antes de sua vigência, especialmente naquilo que consagra os princípios maiores do equilíbrio contratual e boa-fé objetiva. Abusividade da cláusula excludente – Ação procedente - Recurso improvido.

## II. Jurisprudências

### 10. Órteses e Próteses

*(Apelação Cível nº 484.214.4/2-00 - SÃO PAULO – FORO REGIONAL DE PINHEIROS - Relator: Francisco Loureiro - 01.02.07)*

**Fato: Plano de Saúde nega cobertura de Stent, por se tratar de prótese.**

Os Stents também são dispositivos que otimizam as cirurgias cardíacas, principalmente nos casos em que o paciente necessita de intervenções que se destinam a desobstruir as veias aórticas. Dado isso, é completamente absurdo que os planos neguem seu custeio por se tratar de prótese, haja vista que se ligam diretamente ao tratamento proposto, expresso no contrato de adesão.

Para combater essa omissão, o Tribunal de Justiça faz prevalecer o princípio da informação que deve permear a relação entre seguro e segurado. De modo que é proflúo o entendimento, por meio do qual o paciente deve ser protegido em relação à escassez de informação no contrato, visto que não tem ele condições de saber o que será ou não considerado prótese. Para tanto, a jurisprudência lança mão dos artigos 6º, 46 e 47 do Código de Defesa do Consumidor.

**Vilhena Silva Sociedade de Advogados**

Especializado em Direito à Saúde  
Rua Barata Ribeiro, 190 – 6º Andar  
Bela Vista – São Paulo – SP  
CEP 01308-000  
Tel: (11) 3256-1283  
www.vilhenasilva.com.br  
vilhenasilva@vilhenasilva.com.br



**12 ANOS**  
em defesa do  
**DIREITO**  
**À SAÚDE**

Idealização  
Comentários e Revisão Ortográfica  
Arte  
Supervisão  
Contribuição

Renata Vilhena Silva  
Thiago Lopes de Amorim  
Priscila Picholari Mingues  
Renata Vilhena Silva  
Equipe Vilhena Silva Advogados

Permitida a reprodução parcial,  
desde que citada a fonte e  
com prévia autorização do  
Vilhena Silva Sociedade de Advogados.

2009  
Vilhena Silva  
Sociedade de Advogados