



Tribunal de Justiça de Pernambuco Poder
Judiciário

8ª Câmara Cível Especializada - Recife
- F:(
)

Processo nº **0088889-87.2023.8.17.2001**

APELANTE: --, --

APELADO(A): ---, --

INTEIRO TEOR

Relator:

AIRTON MOZART VALADARES VIEIRA PIRES

Relatório:

8ª CÂMARA CÍVEL ESPECIALIZADA – 3º RELATOR

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0088889-87.2023.8.17.2001

APELANTES: --- E

APELADOS: OS MESMOS



RELATÓRIO

Tratam-se de Apelações Cíveis interpostas por --- e ---, ambas insurgentes em face da sentença que julgou PARCIALMENTE PROCEDENTE o pleito autoral.

A Autora é segurada da --- há aproximadamente 32 (trinta e dois) anos, tendo sido diagnosticada com Lipedema, condição crônica e progressiva que envolve o inchaço e acúmulo anormal de gordura, principalmente nas pernas, quadris e braços. Em razão do caráter inflamatório e progressivo da doença, o médico assistente prescreveu tratamento clínico multidisciplinar, compreendendo sessões com angiologista, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo, com o objetivo de retardar o avanço da enfermidade.

A Seguradora, contudo, negou a cobertura do tratamento prescrito, sob a justificativa de que o contrato da segurada é anterior à Lei nº 9.656/98 e não foi adaptado à nova legislação, alegando inexistir previsão contratual para o custeio das terapias requeridas.

A sentença julgou parcialmente procedente o pleito autoral, condenando a Ré a: (a) custear e autorizar os tratamentos de fisioterapia por sessões de drenagem e atendimento por nutricionista, tornando definitiva a tutela provisória anteriormente deferida; (b) pagar indenização por danos morais no importe de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Em suas razões recursais a --- sustenta, em síntese: (i) a preliminar de ausência de pretensão resistida e configuração de carência de ação, haja vista a inexistência de negativa administrativa formal no sistema; (ii) a inaplicabilidade do Rol da ANS ao contrato da segurada, eis que a apólice é anterior à Lei nº 9.656/98 e não foi adaptada, devendo prevalecer as cláusulas restritivas originalmente pactuadas, em respeito ao ato jurídico perfeito e ao Tema 123 do STF; (iii) a impossibilidade de custeio integral de tratamentos realizados em rede não credenciada, devendo incidir os limites contratuais de reembolso; (iv) a inexistência de dano moral indenizável, porquanto a Seguradora teria agido no exercício regular do direito; e (v) a necessidade de substituição do índice de correção monetária pela Taxa Selic, nos termos da Lei 14.905/2024.



Em suas razões recursais a Autora sustenta que a sentença foi incompleta, porquanto os laudos médicos apresentados também prescrevem expressamente o acompanhamento com angiologista e psicólogo/psiquiatra, tratamentos que foram indevidamente excluídos da condenação. Alega que a ausência de cobertura integral acarretará grave prejuízo à sua saúde, implicando progressão da enfermidade e sofrimento físico e psicológico contínuo.

As Apeladas apresentaram contrarrazões pelo não provimentos dos Apelos adversários.

É o relatório.

Inclua-se em pauta.

Recife, data da assinatura eletrônica.

Des. Mozart Valadares Pires

Relator

Voto vencedor:

8ª CÂMARA CÍVEL ESPECIALIZADA – 3º RELATOR

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0088889-87.2023.8.17.2001

APELANTES: --- E

APELADOS: OS MESMOS



VOTO

De antemão, observo que os presentes Apelos preenchem os requisitos de admissibilidade, razão pela qual deles conheço.

Cinge-se a controvérsia devolvida a este Egrégio Órgão fracionário à análise das insurgências recursais interpostas por --- e por --- em face da sentença que julgou parcialmente procedentes os pedidos da autora, condenando a Seguradora ao custeio de fisioterapia por sessões de drenagem e de atendimento por nutricionista, bem como ao pagamento de indenização por danos morais no importe de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

A Apelante suscita, em sede **preliminar, a carência da ação** por ausência de pretensão resistida, sustentando que nenhum pedido formal de cobertura teria sido submetido ao seu sistema administrativo e que, portanto, não haveria negativa a justificar o ajuizamento da demanda. Invoca, por analogia, o RE nº 631.240 do STF, que exigiu prévio requerimento administrativo junto ao INSS para o exercício do direito de ação previdenciária.

A preliminar não merece acolhimento, pelas razões que seguem.

A própria documentação acostada pela Seguradora aos autos originários contradiz, de modo irrefutável, a alegação de ausência de contato administrativo. O print do sistema interno denominado "CONSULTAS DADOS DE ATENDIMENTO", juntado pela própria Ré, registra que o protocolo de solicitação de cobertura foi encerrado com a informação expressa: "PLANO ANTIGO NÃO COBRE TERAPIAS". Trata-se de confissão documental da recusa, produzida pela própria Operadora.

Rejeita-se, portanto, a preliminar de carência da ação.

Antes de adentrar nos argumentos recursais, impende fixar a premissa que orienta o exame da matéria: o contrato de seguro-saúde firmado entre as partes ostenta inequívoca natureza consumerista, sujeitando-se às normas cogentes do Código de Defesa do Consumidor, independentemente da data de sua celebração e de eventual ausência de adaptação à Lei nº 9.656/98.



Essa premissa não constitui mera diretriz hermenêutica acessória, mas verdadeiro vetor de interpretação que mitiga o dogma da autonomia privada em favor da tutela do consumidor, parte vulnerável da relação jurídica, e da função social do contrato — notadamente quando o objeto contratual gravita em torno de direito fundamental indisponível, qual seja, o direito à saúde.

A Apelante sustenta que o contrato, firmado em 1991 e não adaptado à Lei nº 9.656/98, não estaria vinculado ao Rol mínimo de procedimentos da ANS, devendo prevalecer as cláusulas restritivas originais, em respeito ao ato jurídico perfeito e à tese fixada no Tema 123 do STF (RE nº 948.634/RS), segundo a qual as disposições da Lei nº 9.656/98 somente incidem sobre contratos celebrados a partir de sua vigência ou sobre aqueles que foram adaptados ao seu regime.

O argumento é parcialmente procedente em sua premissa, mas conduz à conclusão inversa da pretendida.

De fato, o Supremo Tribunal Federal, ao julgar o RE nº 948.634/RS — com trânsito em julgado reconhecido em 18/06/2024 —, firmou que as disposições da Lei nº 9.656/98 são inaplicáveis aos beneficiários que optaram por manter seus planos antigos sem adaptação. Esse precedente, de observância obrigatória, afasta a incidência automática do Rol da ANS sobre o contrato da segurada.

Todavia, daí não decorre que a Operadora possa negar cobertura de tratamentos para enfermidades não excluídas pelas condições gerais originalmente pactuadas. O Tema 123 do STF preserva o contrato original — e é exatamente isso que favorece a segurada no caso concreto. Se a apólice não exclui expressamente o Lipedema do rol de doenças cobertas, a Operadora está obrigada a garantir o tratamento correspondente, pois é o próprio contrato — e não a Lei nº 9.656/98 — que fundamenta a obrigação.

A alegação de desequilíbrio econômico-atuarial e de violação do mutualismo não prospera. O equilíbrio do contrato não é valor que se sobreponha ao direito à saúde do segurado, e a tese de que a cobertura de tratamentos prescritos causaria prejuízo à massa de beneficiários não foi demonstrada por qualquer elemento concreto dos autos. Não é possível transferir ao segurado individual o ônus sistêmico de eventuais fraudes praticadas por terceiros no mercado de saúde suplementar.

A Apelante defende que eventual reembolso deve ser feito nos limites da tabela contratual, por se tratar de atendimento prestado em rede não credenciada por livre escolha da segurada. Invoca, ademais, que o reembolso pressupõe desembolso prévio comprovado, não sendo cabível a antecipação de custeio.



A tese, que encontraria amparo em situações de livre escolha do segurado por prestador não credenciado disponível, não se aplica ao caso concreto por uma razão determinante: a segurada tentou obter atendimento na rede credenciada pela -- e recebeu negativas de todos os estabelecimentos contatados. Comprovada a ausência de rede credenciada apta a realizar os procedimentos prescritos na localidade da segurada, o limite contratual de reembolso — concebido para regular a hipótese de livre escolha em situação de rede disponível — simplesmente não incide.

Com efeito, o reembolso parcial nos limites da tabela pressupõe que o beneficiário tenha optado por prestador não referenciado em detrimento de rede efetivamente disponível e apta. Inexistente essa rede, a limitação contratual perde sua razão de ser e o custeio integral decorre do próprio dever assistencial da Operadora.

No que se refere à exigência de desembolso prévio, a questão é pertinente para a hipótese de reembolso mas não afeta a condenação ao custeio direto — modalidade em que a Operadora autoriza e paga diretamente o prestador, como determina a sentença. O custeio direto é a forma principal de garantia da cobertura assistencial e independe de qualquer desembolso pelo segurado.

A Apelante sustenta que agiu no exercício regular do direito — tese que já restou afastada neste voto — e que o mero inadimplemento contratual não seria suficiente, por si só, para ensejar indenização por danos morais. Embora a primeira premissa não se sustente, a segunda merece exame mais detido.

Com efeito, é preciso distinção entre (a) reconhecer o caráter abusivo da negativa de cobertura — conduta ilícita que gera a obrigação de cobrir o tratamento e de indenizar eventuais danos efetivamente sofridos — e (b) presumir automaticamente, a partir da mera negativa, a existência de dano moral passível de indenização.

Pelas próprias alegações da parte Autora é possível afirmar que não houve nenhuma circunstância que tenha gerado ao menos risco de dano à sua saúde. A negativa se restringiu tão somente ao reembolso dos custos da cirurgia, ou seja, não obstou a realização do procedimento. A questão é puramente patrimonial: negativa de reembolso de despesas com a cirurgia. Logo, é patente que o caso comportaria, no máximo, o denominado dano moral *in re ipsa*, decorrente da simples negativa de reembolso. Este foi o fundamento usado na sentença.



Dessa forma, como a parte Autora não comprovou a extensão do dano, pois não há nos autos notícia de negativa de tratamento de saúde e consequente agravamento do seu quadro clínico, o caso em julgamento reclama a aplicação vinculante do teor do Tema Repetitivo do STJ nº 1.365, que fixou a seguinte tese:

"A simples recusa indevida de cobertura médicoassistencial por operadora de plano de saúde não gera, por si só, dano moral presumido *in re ipsa*, sendo imprescindível a presença de outros elementos capazes de demonstrar a alteração anímica da vítima em grau suficiente para ultrapassar o mero aborrecimento ou dissabor."

Assim, inexistindo nos autos elementos que demonstrem abalo anímico da Autora em grau suficiente para ultrapassar o mero dissabor, é incabível qualquer indenização extrapatrimonial.

A Apelante requer a substituição do índice de correção monetária pelo IPCA/Taxa Selic, nos termos da Lei nº 14.905/2024.

Assiste razão a Apelante, pois o caso do autos reclama a aplicação retroativa da tese firmada pelo STJ no Tema Repetitivo nº 1.368:

"O art. 406 Código Civil de 2002, antes da entrada em vigor da Lei nº 14.905/2024, deve ser interpretado no sentido de que é a SELIC a taxa de juros de mora aplicável às dívidas de natureza civil, por ser esta a taxa em vigor para a atualização monetária e a mora no pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional."

Superados os temas do Apelo da Operadora, passo a análise dos argumentos Recursais da Autora, que se insurge contra a sentença no ponto em que limitou a cobertura determinada aos tratamentos de fisioterapia por sessões de drenagem e atendimento por nutricionista, excluindo o acompanhamento por angiologista e psicólogo/psiquiatra, expressamente prescritos no laudo médico.

O laudo médico é explícito ao indicar o seguinte protocolo terapêutico multidisciplinar: angiologista, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo. O próprio documento consigna que "a não realização destes tratamentos poderá acarretar diversos prejuízos a longo prazo para a saúde, além de sofrimento físico e psicológico" da paciente.



A sentença reconheceu a abusividade da negativa e a obrigação de custeio do tratamento prescrito, mas limitou a condenação a dois dos quatro tratamentos indicados — fisioterapia e nutrição —, excluindo angiologia e psicologia. O fundamento adotado pelo Juízo *a quo* foi a necessidade de "laudo específico" para cada um dos tratamentos, sob pena de autorização genérica e violação do contraditório.

O raciocínio, com a devida vênia, não se sustenta. O laudo é único e abrangente, prescrevendo os quatro tratamentos de forma conjunta e indissociável como componentes de um protocolo terapêutico multidisciplinar. Não se trata de quatro prescrições independentes que demandariam quatro laudos autônomos, mas de uma única prescrição médica que contempla múltiplas especialidades como partes integradas de um mesmo plano de tratamento para uma mesma enfermidade. A exigência de laudos separados por especialidade não encontra amparo na legislação, na literatura médica nem na jurisprudência aplicável.

A questão da competência médica para eleição da terapêutica é central neste ponto, sendo que não cabe à Operadora. O profissional de saúde que acompanha a paciente é quem detém o conhecimento técnico e clínico para avaliar quais intervenções são necessárias ao controle da evolução da doença. Uma vez reconhecida a obrigação de custear o tratamento prescrito, essa obrigação abarca todos os componentes do protocolo indicado pelo médico, não apenas aqueles que o Juízo reputa mais evidentes.

Ante o exposto, voto no sentido de DAR PARCIAL PROVIMENTO ao Apelo da ---, para excluir a condenação em dano moral e aplicar, com relação a correção monetária e juros o teor do Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ e DAR INTEGRAL PROVIMENTO ao Apelo de ---, para ampliar a condenação e incluir o custeio do acompanhamento por angiologista e psicólogo/psiquiatra, nos termos do laudo médico, mantidos os demais termos da sentença de primeiro grau.

É como voto.

Recife, data da assinatura eletrônica.

Des. Mozart Valadares Pires

Relator



Demais votos:

Ementa:

8ª CÂMARA CÍVEL ESPECIALIZADA – 3º RELATOR

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0088889-87.2023.8.17.2001

APELANTES: --- E

APELADOS: OS MESMOS

RELATOR: DES. MOZART VALADARES PIRES

EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. LIPEDEMA. CONTRATO ANTERIOR À LEI Nº 9.656/98 NÃO ADAPTADO. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. CDC. RELAÇÃO CONSUMERISTA. CARÊNCIA DE AÇÃO. REJEIÇÃO. AUSÊNCIA DE EXCLUSÃO CONTRATUAL DA ENFERMIDADE. ABUSIVIDADE DA NEGATIVA. COBERTURA INTEGRAL. REDE CREDENCIADA INAPTA. REEMBOLSO INTEGRAL. DANO MORAL. AUSÊNCIA DE PROVA DO ABALO EXTRAPATRIMONIAL CONCRETO. AFASTAMENTO DO DANO MORAL



IN RE IPSA. AMPLIAÇÃO DOS TRATAMENTOS COBERTOS PARA INCLUIR ANGIOLOGISTA E PSICÓLOGO/PSIQUIÁTRA. PARCIAL PROVIMENTO DO APELO DA OPERADORA. INTEGRAL PROVIMENTO DO APELO DA SEGURADA.

I. CASO EM EXAME

1. Apelações Cíveis interpostas por --- e por --- em face de sentença da 22ª Vara Cível de Recife/PE que julgou parcialmente procedente a ação ordinária, condenando a Seguradora ao custeio de fisioterapia por sessões de drenagem e de atendimento por nutricionista, ao pagamento de indenização por danos morais no importe de R\$ 5.000,00. A -- sustenta a carência da ação por ausência de pretensão resistida, a inaplicabilidade do Rol da ANS ao contrato não adaptado, a limitação do reembolso aos limites contratuais, a inexistência de dano moral e a aplicação da Taxa Selic como correção monetária. A autora sustenta que a sentença foi omissa ao não incluir os tratamentos de angiologia e psicologia, expressamente prescritos no laudo médico.

II. QUESTÕES EM DISCUSSÃO

2. Há seis questões em discussão: (i) aferir a existência de pretensão resistida e rejeitar a carência da ação; (ii) definir a aplicabilidade das normas protetivas do CDC e da cobertura contratual a contratos anteriores à Lei nº 9.656/98 não adaptados; (iii) estabelecer se a negativa de cobertura do tratamento prescrito é abusiva; (iv) definir o alcance do reembolso diante da ausência de rede credenciada apta; (v) determinar se a condenação por danos morais se justifica, à luz da teoria *in re ipsa*; e (vi) estabelecer se os tratamentos de angiologia e psicologia devem integrar a condenação.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A preliminar de carência da ação deve ser rejeitada. O próprio sistema interno da Seguradora registrou protocolo encerrado com a informação "PLANO ANTIGO NÃO COBRE TERAPIAS", constituindo prova irrefutável de pretensão resistida.

4. O contrato de plano de saúde possui natureza consumerista, sujeitando-se às disposições do Código de Defesa do Consumidor, circunstância que mitiga a aplicação irrestrita dos princípios clássicos do direito contratual civil e afasta cláusulas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada.

5. O Tema 123 do STF, que afasta a incidência da Lei nº 9.656/98 a contratos antigos não adaptados, não autoriza a Seguradora a negar cobertura de tratamentos de enfermidades não excluídas pelas condições gerais originalmente



pactuadas. Inexistindo exclusão expressa do Lipedema, a obrigação de cobertura decorre do próprio contrato.

6. É abusiva a interpretação que enquadra o tratamento multidisciplinar para enfermidade crônica na cláusula de exclusão de "reabilitações em geral", pois reabilitação pressupõe recuperação de sequela já instalada, e não tratamento e controle de doença progressiva. Nos contratos de consumo, a dúvida na interpretação de cláusula restritiva resolve-se em favor do aderente.

7. Comprovada a ausência de rede credenciada apta a realizar os procedimentos prescritos, o reembolso deve ser integral. A limitação contratual de reembolso pressupõe a disponibilidade de rede referenciada como alternativa concreta — circunstância não verificada nos autos.

8. O STJ, no Tema Repetitivo do STJ nº 1.365, afastou a indenização extrapatrimonial decorrente do denominado dano moral *in re ipsa*, que o caso dos autos.

9. O laudo médico prescreve protocolo terapêutico multidisciplinar completo, abrangendo angiologista e psicólogo. A sentença que exclui parcialmente os tratamentos indicados pelo médico assistente substitui indevidamente o julgador pela competência técnica do profissional de saúde. A condenação deve abranger todos os componentes do protocolo prescrito.

10. A correção monetária e os juros devem seguir as diretrizes do Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ.

IV. DISPOSITIVO E TESE

11. Apelo da --- parcialmente provido, apenas para excluir a condenação por danos morais e aplicar o Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ. Apelo da Autora integralmente provido para ampliar a condenação e incluir o custeio do acompanhamento por angiologista e psicólogo/psiquiatra, mantidos os demais termos da sentença de origem.

Teses de julgamento:

1. A Operadora não pode negar cobertura de tratamento para enfermidade coberta pelo contrato, ainda que a apólice seja anterior à Lei nº 9.656/98 e não adaptada, quando as condições gerais originalmente pactuadas não excluam expressamente a doença diagnosticada.



2. Inexistindo rede credenciada apta a realizar os procedimentos prescritos, oreembolso deve ser integral, não se aplicando as limitações contratuais reservadas à hipótese de livre escolha do segurado por prestador disponível.
3. Incabível a indenização por dano moral *in re ipsa*.
4. A sentença que reconhece a obrigação de custeio de tratamento multidisciplinar prescrito em laudo médico único deve abranger todos os tratamentos indicados no laudo, sob pena de substituição indevida da competência técnica do médico assistente.
5. A correção monetária e os juros devem seguir as diretrizes do Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 0088889-87.2023.8.17.2001, em que figuram, como Apelantes, --- e ---, e, como Apelados, as respectivas partes contrapostas. ACORDAM os Desembargadores integrantes da 8ª Câmara Cível Especializada do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, à unanimidade, em dar parcial provimento ao Apelo da ---, e em dar integral provimento ao Apelo da Autora, tudo nos termos do voto do Relator, que passa a integrar o presente julgado.

Recife, data da assinatura eletrônica.

Des. Mozart Valadares Pires

Relator

Proclamação da decisão:

Por unanimidade, deu-se provimento ao recurso do autor e parcial provimento ao recurso do réu, nos termos do voto do Relator, Des. Airton Mozart Valadares Vieira Pires.



Magistrados: [PAULO ROBERTO ALVES DA SILVA, DJALMA ANDRELINO NOGUEIRA JUNIOR, AIRTON MOZART VALADARES VIEIRA PIRES]

, 27 de julho de 2026

Magistrado



8ª CÂMARA CÍVEL ESPECIALIZADA – 3º RELATOR

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0088889-87.2023.8.17.2001

APELANTES: --- E

APELADOS: OS MESMOS

RELATOR: DES. MOZART VALADARES PIRES

EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. LIPEDEMA. CONTRATO ANTERIOR À LEI Nº 9.656/98 NÃO ADAPTADO. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. CDC. RELAÇÃO CONSUMERISTA. CARÊNCIA DE AÇÃO. REJEIÇÃO. AUSÊNCIA DE EXCLUSÃO CONTRATUAL DA ENFERMIDADE. ABUSIVIDADE DA NEGATIVA. COBERTURA INTEGRAL. REDE CREDENCIADA INAPTA. REEMBOLSO INTEGRAL. DANO MORAL. AUSÊNCIA DE PROVA DO ABALO EXTRAPATRIMONIAL CONCRETO. AFASTAMENTO DO DANO MORAL *IN RE IPSA*. AMPLIAÇÃO DOS TRATAMENTOS COBERTOS PARA INCLUIR ANGIOLOGISTA E PSICÓLOGO/PSIQUIÁTRA. PARCIAL PROVIMENTO DO APELO DA OPERADORA. INTEGRAL PROVIMENTO DO APELO DA SEGURADA.

I. CASO EM EXAME

1. Apelações Cíveis interpostas por --- e por --- em face de sentença da 22ª Vara Cível de Recife/PE que julgou parcialmente procedente a ação ordinária, condenando a Seguradora ao custeio de fisioterapia por sessões de drenagem e de



atendimento por nutricionista, ao pagamento de indenização por danos morais no importe de R\$ 5.000,00. A -- sustenta a carência da ação por ausência de pretensão resistida, a inaplicabilidade do Rol da ANS ao contrato não adaptado, a limitação do reembolso aos limites contratuais, a inexistência de dano moral e a aplicação da Taxa Selic como correção monetária. A autora sustenta que a sentença foi omissa ao não incluir os tratamentos de angiologia e psicologia, expressamente prescritos no laudo médico.

II. QUESTÕES EM DISCUSSÃO

2. Há seis questões em discussão: (i) aferir a existência de pretensão resistida e rejeitar a carência da ação; (ii) definir a aplicabilidade das normas protetivas do CDC e da cobertura contratual a contratos anteriores à Lei nº 9.656/98 não adaptados; (iii) estabelecer se a negativa de cobertura do tratamento prescrito é abusiva; (iv) definir o alcance do reembolso diante da ausência de rede credenciada apta; (v) determinar se a condenação por danos morais se justifica, à luz da teoria *in re ipsa*; e (vi) estabelecer se os tratamentos de angiologia e psicologia devem integrar a condenação.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A preliminar de carência da ação deve ser rejeitada. O próprio sistema interno da Seguradora registrou protocolo encerrado com a informação "PLANO ANTIGO NÃO COBRE TERAPIAS", constituindo prova irrefutável de pretensão resistida.

4. O contrato de plano de saúde possui natureza consumerista, sujeitando-se às disposições do Código de Defesa do Consumidor, circunstância que mitiga a aplicação irrestrita dos princípios clássicos do direito contratual civil e afasta cláusulas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada.

5. O Tema 123 do STF, que afasta a incidência da Lei nº 9.656/98 a contratos antigos não adaptados, não autoriza a Seguradora a negar cobertura de tratamentos de enfermidades não excluídas pelas condições gerais originalmente pactuadas. Inexistindo exclusão expressa do Lipedema, a obrigação de cobertura decorre do próprio contrato.

6. É abusiva a interpretação que enquadra o tratamento multidisciplinar para enfermidade crônica na cláusula de exclusão de "reabilitações em geral", pois reabilitação pressupõe recuperação de sequela já instalada, e não tratamento e controle de doença progressiva. Nos contratos de consumo, a dúvida na interpretação de cláusula restritiva resolve-se em favor do aderente.



7. Comprovada a ausência de rede credenciada apta a realizar os procedimentos prescritos, o reembolso deve ser integral. A limitação contratual de reembolso pressupõe a disponibilidade de rede referenciada como alternativa concreta — circunstância não verificada nos autos.

8. O STJ, no Tema Repetitivo do STJ nº 1.365, afastou a indenização extrapatrimonial decorrente do denominado dano moral *in re ipsa*, que o caso dos autos.

9. O laudo médico prescreve protocolo terapêutico multidisciplinar completo, abrangendo angiologista e psicólogo. A sentença que exclui parcialmente os tratamentos indicados pelo médico assistente substitui indevidamente o julgador pela competência técnica do profissional de saúde. A condenação deve abranger todos os componentes do protocolo prescrito.

10. A correção monetária e os juros devem seguir as diretrizes do Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ.

IV. DISPOSITIVO E TESE

11. Apelo da --- parcialmente provido, apenas para excluir a condenação por danos morais e aplicar o Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ. Apelo da Autora integralmente provido para ampliar a condenação e incluir o custeio do acompanhamento por angiologista e psicólogo/psiquiatra, mantidos os demais termos da sentença de origem.

Teses de julgamento:

1. A Operadora não pode negar cobertura de tratamento para enfermidade coberta pelo contrato, ainda que a apólice seja anterior à Lei nº 9.656/98 e não adaptada, quando as condições gerais originalmente pactuadas não excluam expressamente a doença diagnosticada.

2. Inexistindo rede credenciada apta a realizar os procedimentos prescritos, o reembolso deve ser integral, não se aplicando as limitações contratuais reservadas à hipótese de livre escolha do segurado por prestador disponível.

3. Incabível a indenização por dano moral *in re ipsa*.

4. A sentença que reconhece a obrigação de custeio de tratamento multidisciplinar prescrito em laudo médico único deve abranger todos os



tratamentos indicados no laudo, sob pena de substituição indevida da competência técnica do médico assistente.

5. A correção monetária e os juros devem seguir as diretrizes do Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ.

A C Ó R D ã O

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 0088889-87.2023.8.17.2001, em que figuram, como Apelantes, --- e ---, e, como Apelados, as respectivas partes contrapostas. ACORDAM os Desembargadores integrantes da 8ª Câmara Cível Especializada do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, à unanimidade, em dar parcial provimento ao Apelo da ---, e em dar integral provimento ao Apelo da Autora, tudo nos termos do voto do Relator, que passa a integrar o presente julgado.

Recife, data da assinatura eletrônica.

Des. Mozart Valadares Pires

Relator



8ª CÂMARA CÍVEL ESPECIALIZADA – 3º RELATOR

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0088889-87.2023.8.17.2001

APELANTES: --- E

APELADOS: OS MESMOS

RELATOR: DES. MOZART VALADARES PIRES

VOTO

De antemão, observo que os presentes Apelos preenchem os requisitos de admissibilidade, razão pela qual deles conheço.

Cinge-se a controvérsia devolvida a este Egrégio Órgão fracionário à análise das insurgências recursais interpostas por --- e por --- em face da sentença que julgou parcialmente procedentes os pedidos da autora, condenando a Seguradora ao custeio de fisioterapia por sessões de drenagem e de atendimento por nutricionista, bem como ao pagamento de indenização por danos morais no importe de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

A Apelante suscita, em sede **preliminar, a carência da ação** por ausência de pretensão resistida, sustentando que nenhum pedido formal de cobertura teria sido submetido ao seu sistema administrativo e que, portanto, não haveria negativa a justificar o ajuizamento da demanda. Invoca, por analogia, o RE nº 631.240 do STF, que exigiu prévio requerimento administrativo junto ao INSS para o exercício do direito de ação previdenciária.

A preliminar não merece acolhimento, pelas razões que seguem.



A própria documentação acostada pela Seguradora aos autos originários contradiz, de modo irrefutável, a alegação de ausência de contato administrativo. O print do sistema interno denominado "CONSULTAS DADOS DE ATENDIMENTO", juntado pela própria Ré, registra que o protocolo de solicitação de cobertura foi encerrado com a informação expressa: "PLANO ANTIGO NÃO COBRE TERAPIAS". Trata-se de confissão documental da recusa, produzida pela própria Operadora.

Rejeita-se, portanto, a preliminar de carência da ação.

Antes de adentrar nos argumentos recursais, impende fixar a premissa que orienta o exame da matéria: o contrato de seguro-saúde firmado entre as partes ostenta inequívoca natureza consumerista, sujeitando-se às normas cogentes do Código de Defesa do Consumidor, independentemente da data de sua celebração e de eventual ausência de adaptação à Lei nº 9.656/98.

Essa premissa não constitui mera diretriz hermenêutica acessória, mas verdadeiro vetor de interpretação que mitiga o dogma da autonomia privada em favor da tutela do consumidor, parte vulnerável da relação jurídica, e da função social do contrato — notadamente quando o objeto contratual gravita em torno de direito fundamental indisponível, qual seja, o direito à saúde.

A Apelante sustenta que o contrato, firmado em 1991 e não adaptado à Lei nº 9.656/98, não estaria vinculado ao Rol mínimo de procedimentos da ANS, devendo prevalecer as cláusulas restritivas originais, em respeito ao ato jurídico perfeito e à tese fixada no Tema 123 do STF (RE nº 948.634/RS), segundo a qual as disposições da Lei nº 9.656/98 somente incidem sobre contratos celebrados a partir de sua vigência ou sobre aqueles que foram adaptados ao seu regime.

O argumento é parcialmente procedente em sua premissa, mas conduz à conclusão inversa da pretendida.

De fato, o Supremo Tribunal Federal, ao julgar o RE nº 948.634/RS — com trânsito em julgado reconhecido em 18/06/2024 —, firmou que as disposições da Lei nº 9.656/98 são inaplicáveis aos beneficiários que optaram por manter seus planos antigos sem adaptação. Esse precedente, de observância obrigatória, afasta a incidência automática do Rol da ANS sobre o contrato da segurada.

Todavia, daí não decorre que a Operadora possa negar cobertura de tratamentos para enfermidades não excluídas pelas condições gerais originalmente pactuadas. O Tema 123 do STF preserva o contrato original — e é exatamente isso



que favorece a segurada no caso concreto. Se a apólice não exclui expressamente o Lipedema do rol de doenças cobertas, a Operadora está obrigada a garantir o tratamento correspondente, pois é o próprio contrato — e não a Lei nº 9.656/98 — que fundamenta a obrigação.

A alegação de desequilíbrio econômico-atuarial e de violação do mutualismo não prospera. O equilíbrio do contrato não é valor que se sobreponha ao direito à saúde do segurado, e a tese de que a cobertura de tratamentos prescritos causaria prejuízo à massa de beneficiários não foi demonstrada por qualquer elemento concreto dos autos. Não é possível transferir ao segurado individual o ônus sistêmico de eventuais fraudes praticadas por terceiros no mercado de saúde suplementar.

A Apelante defende que eventual reembolso deve ser feito nos limites da tabela contratual, por se tratar de atendimento prestado em rede não credenciada por livre escolha da segurada. Invoca, ademais, que o reembolso pressupõe desembolso prévio comprovado, não sendo cabível a antecipação de custeio.

A tese, que encontraria amparo em situações de livre escolha do segurado por prestador não credenciado disponível, não se aplica ao caso concreto por uma razão determinante: a segurada tentou obter atendimento na rede credenciada pela -- e recebeu negativas de todos os estabelecimentos contatados. Comprovada a ausência de rede credenciada apta a realizar os procedimentos prescritos na localidade da segurada, o limite contratual de reembolso — concebido para regular a hipótese de livre escolha em situação de rede disponível — simplesmente não incide.

Com efeito, o reembolso parcial nos limites da tabela pressupõe que o beneficiário tenha optado por prestador não referenciado em detrimento de rede efetivamente disponível e apta. Inexistente essa rede, a limitação contratual perde sua razão de ser e o custeio integral decorre do próprio dever assistencial da Operadora.

No que se refere à exigência de desembolso prévio, a questão é pertinente para a hipótese de reembolso mas não afeta a condenação ao custeio direto — modalidade em que a Operadora autoriza e paga diretamente o prestador, como determina a sentença. O custeio direto é a forma principal de garantia da cobertura assistencial e independe de qualquer desembolso pelo segurado.

A Apelante sustenta que agiu no exercício regular do direito — tese



que já restou afastada neste voto — e que o mero inadimplemento contratual não seria suficiente, por si só, para ensejar indenização por danos morais. Embora a primeira premissa não se sustente, a segunda merece exame mais detido.

Com efeito, é preciso distinção entre (a) reconhecer o caráter abusivo da negativa de cobertura — conduta ilícita que gera a obrigação de cobrir o tratamento e de indenizar eventuais danos efetivamente sofridos — e (b) presumir automaticamente, a partir da mera negativa, a existência de dano moral passível de indenização.

Pelas próprias alegações da parte Autora é possível afirmar que não houve nenhuma circunstância que tenha gerado ao menos risco de dano à sua saúde. A negativa se restringiu tão somente ao reembolso dos custos da cirurgia, ou seja, não obsteu a realização do procedimento. A questão é puramente patrimonial: negativa de reembolso de despesas com a cirurgia. Logo, é patente que o caso comportaria, no máximo, o denominado dano moral *in re ipsa*, decorrente da simples negativa de reembolso. Este foi o fundamento usado na sentença.

Dessa forma, como a parte Autora não comprovou a extensão do dano, pois não há nos autos notícia de negativa de tratamento de saúde e consequente agravamento do seu quadro clínico, o caso em julgamento reclama a aplicação vinculante do teor do Tema Repetitivo do STJ nº 1.365, que fixou a seguinte tese:

"A simples recusa indevida de cobertura médicoassistencial por operadora de plano de saúde não gera, por si só, dano moral presumido *in re ipsa*, sendo imprescindível a presença de outros elementos capazes de demonstrar a alteração anímica da vítima em grau suficiente para ultrapassar o mero aborrecimento ou dissabor."

Assim, inexistindo nos autos elementos que demonstrem abalo anímico da Autora em grau suficiente para ultrapassar o mero dissabor, é incabível qualquer indenização extrapatrimonial.

A Apelante requer a substituição do índice de correção monetária pelo IPCA/Taxa Selic, nos termos da Lei nº 14.905/2024.

Assiste razão a Apelante, pois o caso do autos reclama a aplicação retroativa da tese firmada pelo STJ no Tema Repetitivo nº 1.368:



"O art. 406 Código Civil de 2002, antes da entrada em vigor da Lei nº 14.905/2024, deve ser interpretado no sentido de que é a SELIC a taxa de juros de mora aplicável às dívidas de natureza civil, por ser esta a taxa em vigor para a atualização monetária e a mora no pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional."

Superados os temas do Apelo da Operadora, passo a análise dos argumentos Recursais da Autora, que se insurge contra a sentença no ponto em que limitou a cobertura determinada aos tratamentos de fisioterapia por sessões de drenagem e atendimento por nutricionista, excluindo o acompanhamento por angiologista e psicólogo/psiquiatra, expressamente prescritos no laudo médico.

O laudo médico é explícito ao indicar o seguinte protocolo terapêutico multidisciplinar: angiologista, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo. O próprio documento consigna que "a não realização destes tratamentos poderá acarretar diversos prejuízos a longo prazo para a saúde, além de sofrimento físico e psicológico" da paciente.

A sentença reconheceu a abusividade da negativa e a obrigação de custeio do tratamento prescrito, mas limitou a condenação a dois dos quatro tratamentos indicados — fisioterapia e nutrição —, excluindo angiologia e psicologia. O fundamento adotado pelo Juízo *a quo* foi a necessidade de "laudo específico" para cada um dos tratamentos, sob pena de autorização genérica e violação do contraditório.

O raciocínio, com a devida vênia, não se sustenta. O laudo é único e abrangente, prescrevendo os quatro tratamentos de forma conjunta e indissociável como componentes de um protocolo terapêutico multidisciplinar. Não se trata de quatro prescrições independentes que demandariam quatro laudos autônomos, mas de uma única prescrição médica que contempla múltiplas especialidades como partes integradas de um mesmo plano de tratamento para uma mesma enfermidade. A exigência de laudos separados por especialidade não encontra amparo na legislação, na literatura médica nem na jurisprudência aplicável.

A questão da competência médica para eleição da terapêutica é central neste ponto, sendo que não cabe à Operadora. O profissional de saúde que acompanha a paciente é quem detém o conhecimento técnico e clínico para avaliar quais intervenções são necessárias ao controle da evolução da doença. Uma vez reconhecida a obrigação de custear o tratamento prescrito, essa obrigação abarca todos os componentes do protocolo indicado pelo médico, não apenas aqueles que o Juízo reputa mais evidentes.



Ante o exposto, voto no sentido de DAR PARCIAL PROVIMENTO ao Apelo da ---, para excluir a condenação em dano moral e aplicar, com relação a correção monetária e juros o teor do Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ e DAR INTEGRAL PROVIMENTO ao Apelo de ---, para ampliar a condenação e incluir o custeio do acompanhamento por angiologista e psicólogo/psiquiatra, nos termos do laudo médico, mantidos os demais termos da sentença de primeiro grau.

É como voto.

Recife, data da assinatura eletrônica.

Des. Mozart Valadares Pires

Relator



8ª CÂMARA CÍVEL ESPECIALIZADA – 3º RELATOR

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0088889-87.2023.8.17.2001

APELANTES: --- E

APELADOS: OS MESMOS

RELATOR: DES. MOZART VALADARES PIRES

RELATÓRIO

Tratam-se de Apelações Cíveis interpostas por --- e ---, ambas insurgentes em face da sentença que julgou PARCIALMENTE PROCEDENTE o pleito autoral.

A Autora é segurada da --- há aproximadamente 32 (trinta e dois) anos, tendo sido diagnosticada com Lipedema, condição crônica e progressiva que envolve o inchaço e acúmulo anormal de gordura, principalmente nas pernas, quadris e braços. Em razão do caráter inflamatório e progressivo da doença, o médico assistente prescreveu tratamento clínico multidisciplinar, compreendendo sessões com angiologista, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo, com o objetivo de retardar o avanço da enfermidade.

A Seguradora, contudo, negou a cobertura do tratamento prescrito, sob a justificativa de que o contrato da segurada é anterior à Lei nº 9.656/98 e não foi adaptado à nova legislação, alegando inexistir previsão contratual para o custeio das terapias requeridas.

A sentença julgou parcialmente procedente o pleito autoral, condenando a Ré a: (a) custear e autorizar os tratamentos de fisioterapia por sessões de drenagem e atendimento por nutricionista, tornando definitiva a tutela provisória anteriormente deferida; (b) pagar indenização por danos morais no importe de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).



Em suas razões recursais a --- sustenta, em

síntese: (i) a preliminar de ausência de pretensão resistida e configuração de carência de ação, haja vista a inexistência de negativa administrativa formal no sistema; (ii) a inaplicabilidade do Rol da ANS ao contrato da segurada, eis que a apólice é anterior à Lei nº 9.656/98 e não foi adaptada, devendo prevalecer as cláusulas restritivas originalmente pactuadas, em respeito ao ato jurídico perfeito e ao Tema 123 do STF; (iii) a impossibilidade de custeio integral de tratamentos realizados em rede não credenciada, devendo incidir os limites contratuais de reembolso; (iv) a inexistência de dano moral indenizável, porquanto a Seguradora teria agido no exercício regular do direito; e (v) a necessidade de substituição do índice de correção monetária pela Taxa Selic, nos termos da Lei 14.905/2024.

Em suas razões recursais a Autora sustenta que a sentença foi incompleta, porquanto os laudos médicos apresentados também prescrevem expressamente o acompanhamento com angiologista e psicólogo/psiquiatra, tratamentos que foram indevidamente excluídos da condenação. Alega que a ausência de cobertura integral acarretará grave prejuízo à sua saúde, implicando progressão da enfermidade e sofrimento físico e psicológico contínuo.

As Apeladas apresentaram contrarrazões pelo não provimentos dos Apelos adversários.

É o relatório.

Inclua-se em pauta.

Recife, data da assinatura eletrônica.

Des. Mozart Valadares Pires

Relator



8ª CÂMARA CÍVEL ESPECIALIZADA – 3º RELATOR

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0088889-87.2023.8.17.2001

APELANTES: --- E

APELADOS: OS MESMOS

RELATOR: DES. MOZART VALADARES PIRES

EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. LIPEDEMA. CONTRATO ANTERIOR À LEI Nº 9.656/98 NÃO ADAPTADO. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. CDC. RELAÇÃO CONSUMERISTA. CARÊNCIA DE AÇÃO. REJEIÇÃO. AUSÊNCIA DE EXCLUSÃO CONTRATUAL DA ENFERMIDADE. ABUSIVIDADE DA NEGATIVA. COBERTURA INTEGRAL. REDE CREDENCIADA INAPTA. REEMBOLSO INTEGRAL. DANO MORAL. AUSÊNCIA DE PROVA DO ABALO EXTRAPATRIMONIAL CONCRETO. AFASTAMENTO DO DANO MORAL *IN RE IPSA*. AMPLIAÇÃO DOS TRATAMENTOS COBERTOS PARA INCLUIR ANGIOLOGISTA E PSICÓLOGO/PSIQUIÁTRA. PARCIAL PROVIMENTO DO APELO DA OPERADORA. INTEGRAL PROVIMENTO DO APELO DA SEGURADA.

I. CASO EM EXAME

1. Apelações Cíveis interpostas por --- e por --- em face de sentença da 22ª Vara Cível de Recife/PE que julgou parcialmente procedente a ação ordinária, condenando a Seguradora ao custeio de fisioterapia por sessões de drenagem e de



atendimento por nutricionista, ao pagamento de indenização por danos morais no importe de R\$ 5.000,00. A --- sustenta a carência da ação por ausência de pretensão resistida, a inaplicabilidade do Rol da ANS ao contrato não adaptado, a limitação do reembolso aos limites contratuais, a inexistência de dano moral e a aplicação da Taxa Selic como correção monetária. A autora sustenta que a sentença foi omissa ao não incluir os tratamentos de angiologia e psicologia, expressamente prescritos no laudo médico.

II. QUESTÕES EM DISCUSSÃO

2. Há seis questões em discussão: (i) aferir a existência de pretensão resistida e rejeitar a carência da ação; (ii) definir a aplicabilidade das normas protetivas do CDC e da cobertura contratual a contratos anteriores à Lei nº 9.656/98 não adaptados; (iii) estabelecer se a negativa de cobertura do tratamento prescrito é abusiva; (iv) definir o alcance do reembolso diante da ausência de rede credenciada apta; (v) determinar se a condenação por danos morais se justifica, à luz da teoria *in re ipsa*; e (vi) estabelecer se os tratamentos de angiologia e psicologia devem integrar a condenação.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A preliminar de carência da ação deve ser rejeitada. O próprio sistema interno da Seguradora registrou protocolo encerrado com a informação "PLANO ANTIGO NÃO COBRE TERAPIAS", constituindo prova irrefutável de pretensão resistida.

4. O contrato de plano de saúde possui natureza consumerista, sujeitando-se às disposições do Código de Defesa do Consumidor, circunstância que mitiga a aplicação irrestrita dos princípios clássicos do direito contratual civil e afasta cláusulas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada.

5. O Tema 123 do STF, que afasta a incidência da Lei nº 9.656/98 a contratos antigos não adaptados, não autoriza a Seguradora a negar cobertura de tratamentos de enfermidades não excluídas pelas condições gerais originalmente pactuadas. Inexistindo exclusão expressa do Lipedema, a obrigação de cobertura decorre do próprio contrato.

6. É abusiva a interpretação que enquadra o tratamento multidisciplinar para enfermidade crônica na cláusula de exclusão de "reabilitações em geral", pois reabilitação pressupõe recuperação de sequela já instalada, e não tratamento e controle de doença progressiva. Nos contratos de consumo, a dúvida na interpretação de cláusula restritiva resolve-se em favor do aderente.



7. Comprovada a ausência de rede credenciada apta a realizar os procedimentos prescritos, o reembolso deve ser integral. A limitação contratual de reembolso pressupõe a disponibilidade de rede referenciada como alternativa concreta — circunstância não verificada nos autos.

8. O STJ, no Tema Repetitivo do STJ nº 1.365, afastou a indenização extrapatrimonial decorrente do denominado dano moral *in re ipsa*, que o caso dos autos.

9. O laudo médico prescreve protocolo terapêutico multidisciplinar completo, abrangendo angiologista e psicólogo. A sentença que exclui parcialmente os tratamentos indicados pelo médico assistente substitui indevidamente o julgador pela competência técnica do profissional de saúde. A condenação deve abranger todos os componentes do protocolo prescrito.

10. A correção monetária e os juros devem seguir as diretrizes do Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ.

IV. DISPOSITIVO E TESE

11. Apelo da --- parcialmente provido, apenas para excluir a condenação por danos morais e aplicar o Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ. Apelo da Autora integralmente provido para ampliar a condenação e incluir o custeio do acompanhamento por angiologista e psicólogo/psiquiatra, mantidos os demais termos da sentença de origem.

Teses de julgamento:

1. A Operadora não pode negar cobertura de tratamento para enfermidade coberta pelo contrato, ainda que a apólice seja anterior à Lei nº 9.656/98 e não adaptada, quando as condições gerais originalmente pactuadas não excluam expressamente a doença diagnosticada.
2. Inexistindo rede credenciada apta a realizar os procedimentos prescritos, o reembolso deve ser integral, não se aplicando as limitações contratuais reservadas à hipótese de livre escolha do segurado por prestador disponível.
3. Incabível a indenização por dano moral *in re ipsa*.
4. A sentença que reconhece a obrigação de custeio de tratamento multidisciplinar prescrito em laudo médico único deve abranger todos os tratamentos indicados



no laudo, sob pena de substituição indevida da competência técnica do médico assistente.

5. A correção monetária e os juros devem seguir as diretrizes do Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ.

A C Ó R D Ã O

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 0088889-87.2023.8.17.2001, em que figuram, como Apelantes, --- e ---, e, como Apelados, as respectivas partes contrapostas. ACORDAM os Desembargadores integrantes da 8ª Câmara Cível Especializada do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, à unanimidade, em dar parcial provimento ao Apelo da ---, e em dar integral provimento ao Apelo da Autora, tudo nos termos do voto do Relator, que passa a integrar o presente julgado.

Recife, data da assinatura eletrônica.

Des. Mozart Valadares Pires

Relator

