



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000283531

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1028951-81.2023.8.26.0001, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMERICA CIA DE SEGURO SAUDE, é apelado OTAVIO SAMPAIO MALAN.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 9ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores DANIELA CILENTO MORSELLO (Presidente sem voto), GALDINO TOLEDO JÚNIOR E ALEXANDRE LAZZARINI.

São Paulo, 25 de março de 2025.

LUIS FERNANDO CIRILLO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

9ª Câmara de Direito Privado

Apelação nº 1028951-81.2023.8.26.0001

Juízo de origem: São Paulo – 7ª Vara Cível do Foro Regional I

Recorrente(s): Sul América Cia de Seguro Saúde

Recorrido(a)(s): Otavio Sampaio Malan

MM. Juiz(a) prolator(a) da decisão recorrida: Dra. Carina Bandeira
Margarido Paes Leme

Voto nº 1.987

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. Insurgência contra sentença que julgou procedente a ação. Idoso com paralisia cerebral tetraparesia espástica, GMFCS IV, com sequela motora grave, requer reabilitação neurológica e ortopédica conforme prescrição médica. Operadora de plano de saúde negou cobertura dos tratamentos prescritos. Não há que se falar em cerceamento de defesa por falta de provas. Alegação de que houve indeferimento de realização de perícia que não procede, uma vez que a apelante, instada a especificar provas, nada requereu. Se há outros elementos de convicção que corroboram a conclusão pela necessidade e adequação do tratamento a falta de requisição de parecer ao Nat-Jus ou ausência de prova pericial não induz nulidade. A questão em discussão consiste em determinar se a operadora de plano de saúde pode negar cobertura para tratamentos prescritos, sob alegação de ausência no rol da ANS, considerando a aplicação do Código de Defesa do Consumidor. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, conforme Súmula 608 do STJ. A negativa de cobertura é abusiva quando há prescrição médica, conforme Súmulas 96 e 102 do TJSP. A taxatividade do rol da ANS é mitigada pela Lei nº 14.454/2022. A operadora de plano de saúde não pode negar cobertura de tratamento prescrito por médico, mesmo que não conste no rol da ANS. 2. A negativa de cobertura é abusiva quando há expressa indicação médica. Recurso improvido.

Trata-se de apelação interposta contra a sentença de fls. 529/533, a seguir transcrita, na sua parte dispositiva:

“Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE

o pedido para o fim de condenar a ré na promoção da cobertura do tratamento multidisciplinar descrito no relatório médico de fls. 39 na clínica indicada pelo autor na inicial (Centro Integrado Acreditando), sem prejuízo de migração para clínica credenciada apta à disponibilização dos tratamentos prescritos ao autor, confirmando a tutela de urgência concedida às fls. 44/45. Condeno, ainda, a ré no pagamento de multa pelo descumprimento da tutela urgência no valor de R\$ 15.000,00. Em razão da sucumbência, a ré arcará com as custas, as despesas processuais e com os honorários advocatícios fixados em 10% do valor atualizado da causa.”

Pleiteia a parte recorrente a reforma da sentença, ao fundamento de que o juízo de primeiro grau indeferiu o pedido de produção de prova pericial, alegando que os documentos anexados seriam suficientes para comprovar o direito do recorrido. No entanto, a recorrente argumenta que essa decisão não reflete a realidade dos fatos e que é essencial a realização de prova pericial para verificar a real necessidade das terapias e métodos solicitados no laudo médico unilateral. A recorrente afirma que o Magistrado não observou a necessidade de instrução probatória e, ao não aceitar a produção da prova pericial, proferiu uma sentença de mérito sem avaliar adequadamente os fatos. Aduz que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, em 24/02/2021, uma resolução que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, o qual passará a ser taxativo. Isso significa que os procedimentos obrigatórios que as operadoras de planos de saúde devem cobrir não são mais apenas exemplificativos, o que evita a criação de planos mais caros e prejudica a concorrência no setor. Assim, se um tratamento não estiver incluído no rol de procedimentos obrigatórios, a operadora não tem a obrigação de custeá-lo, como ocorre no caso da fisioterapia motora, que não consta na lista da ANS. O contrato firmado entre as partes prevê que tratamentos não previstos no rol da ANS não são cobertos. Embora o contrato de seguro não se enquadre em uma relação de consumo, ele segue as normas do Código de Defesa do Consumidor e pode conter cláusulas limitativas de responsabilidade, o que não infringe a legislação. O Poder Judiciário não pode criar obrigações contratuais inexistentes, pois isso violaria a autonomia da vontade das partes e a segurança jurídica.

Portanto, a recusa da operadora em cobrir a fisioterapia motora está em conformidade com as leis e com o contrato celebrado, uma vez que o procedimento não está previsto no rol de procedimentos obrigatórios da ANS. Assim, não é cabível obrigar a seguradora a custear um exame não previsto contratualmente.

O recurso foi preparado, mas não foi respondido (fls. 564).

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

De início, destaca-se que não se pode falar em cerceamento de defesa. Nos autos, verificou-se que, ao peticionar às fls. 527/528, em cumprimento à decisão que determinou a especificação de provas (fls. 516), o réu não requereu a realização de prova pericial, nem a solicitação de parecer do NatJus.

Ademais, o cerceamento de defesa por falta de prova depende da comprovação de que a ausência dessa prova tenha impedido a resolução de uma controvérsia relevante sobre o fato que fundamenta a decisão. Quando existem outros elementos de convicção que corroboram a conclusão sobre a necessidade e adequação do tratamento, a falta de requisição do parecer do NatJus ou a ausência de perícia não gera nulidade.

No mérito, trata-se de idoso diagnosticado com paralisia cerebral tetraparesia espástica (CID 80.0), GMFCS IV com sequela motora grave, em acompanhamento médico, razão pela qual o autor trouxe aos autos relatório que prescreveu expressamente reabilitação neurológico solo, treino de marcha com profissionais especializados em reabilitação neurológica, terapia de reabilitação neuromotora, reabilitação neurológica conceito ABT e reabilitação ortopédica, conforme relatório médico acostado aos autos às fls. 39.

Consigne-se que se aplica ao caso dos autos as normas do Código de Defesa do Consumidor, conforme a Súmula 608 do STJ: *“aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”*.

Destaque-se ainda que não é lícito à operadora interferir na prescrição médica, nos termos das já sedimentadas Súmulas 96 e 102 deste Egrégio TJSP, plenamente vigentes, de seguinte teor:

Súmula 96: Havendo expressa indicação

médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento.

Súmula 102: “Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”

Neste sentido o entendimento deste Eg. TJSP:

Apelação - Plano de Saúde – Terapia intensiva tipo Therasuit e tratamentos pelo método Bobath - Sentença de procedência para condenar a requerida a custear os tratamentos multidisciplinares prescritos pelo médico da apelada - Apelo da ré - Mérito - Obrigações assumidas pelos que atuam no ramo da saúde, voltam-se a garantir o direito fundamental à vida - Afastamento da restrição de cobertura nos casos em que afetam a própria natureza do ajuste firmado entre as partes - Nulidade da cláusula limitativa, se há recomendação médica para o tratamento - Inteligência do art. 51, IV, §1º, II do CDC - - Negativa pela suposta ineficácia - Descabimento - Doença coberta pelo plano e tratamento recomendado pelo médico do paciente - Aplicabilidade das Súmulas 96 e 102 do TJSP - Precedentes jurisprudenciais - Honorários recursais fixados em favor do patrono da autora – Manutenção da sentença - Inteligência do artigo 85, § 11, do Código de Processo Civil. Sentença mantida nos termos do artigo 252, do Regimento Interno desta Corte Bandeirante - Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1005576-71.2022.8.26.0038; Relator (a): Jane Franco Martins; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro de Araras - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 14/08/2023; Data de Registro: 15/08/2023)

Ou ainda:

Reexame. Plano de saúde. Cobertura. Tratamento

multidisciplinar pelo método "pediasuit" e equoterapia. Beneficiário portador paralisia cerebral tetraparética espástica e agenesia de corpo caloso. Ausência de previsão no rol da ANS. Circunstância que não impede a cobertura na espécie. Taxatividade afastada pela Lei nº 14.454/2022. Existência de prescrição médica. Procedimentos, ademais, eficazes e adotados por protocolos médicos e científicos. Condenação inalterada. Acórdão mantido. (TJSP; Apelação Cível 1000516-52.2021.8.26.0362; Relator (a): Augusto Rezende; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro de Mogi Guaçu - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 12/08/2024; Data de Registro: 12/08/2024).

Ainda, é de se destacar que o rol da ANS possui taxatividade mitigada, conforme entendimento desta 9ª Câmara de Direito Privado. Neste contexto, ainda que não haja previsão de cobertura do tratamento no referido rol, a operadora possui o dever de custear o tratamento prescrito ao beneficiário.

Acerca do tema, confira-se:

Apelação cível. Plano de saúde. Reembolso de tratamento médico cuja cobertura foi negada pela operadora do plano de saúde. Eletroconvulsoterapia. Sentença de parcial procedência. Recurso interposto pela operadora. Situação excepcional, que autoriza cobertura para procedimento não previsto no rol da ANS. Tese fixada nos EREsps 1886929 e 1889704 e lei 14.454/22, tornaram o rol da ANS de taxatividade mitigada. Eficácia do tratamento não é questionada. Inexistência de outro método igualmente eficaz e menos custoso. Parecer Natjus favorável em caso semelhante. A aplicação dos princípios e normas que regem o Direito Civil, notadamente o princípio da boa fé e função social do contrato, levam à conclusão que a ré tem obrigação de fornecer o tratamento. Apelação não provida. (Apelação 1050413-80.2022.8.26.0114. Rel. Des. Edson Luiz de Queiroz. 9ª Câmara de Direito Privado. j. 05.04.2024).



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

ISTO POSTO, voto pelo IMPROVIMENTO do recurso, majorando-se para 15% do valor da causa os honorários advocatícios fixados em favor da parte vencedora.

LUIS FERNANDO CIRILLO
RELATOR