



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000319721

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1011022-80.2024.8.26.0007, da Comarca de São Paulo, em que é apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, são apelados ARTHUR HENRIQUE RIBEIRO DA COSTA e JOSE ALEXANDRE DA COSTA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª 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 ALVARO PASSOS (Presidente) E JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS.

São Paulo, 31 de março de 2025.

JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES

relator

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1011022-80.2024.8.26.0007

Apelante: Notre Dame Intermédica Saúde S/A

Apelados: Arthur Henrique Ribeiro da Costa e outro

Comarca: São Paulo – Foro Regional de Itaquera – 1ª Vara Cível

MMª. Juíza de 1ª Instância: Helena Bento Bosenbecker

VOTO nº 52364

EMENTA: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame

1. Sentença de parcial procedência que condenou a ré a custear tratamentos prescritos ao autor, incluindo a indicação de clínica credenciada ou, na ausência, custeio integral em clínica indicada pelo médico do autor, especialista em recuperação neuromotora e lesão medular em pacientes com deficiência física.

II. Questão em Discussão

2. Determinar se a ré deve custear o tratamento de reabilitação intensiva indicado pela equipe médica do autor, que sofreu grave acidente em 2021.

III. Razões de Decidir

3. A ré não comprovou a inexistência de negativa de cobertura, sendo a relação regida pelo Código de Defesa do Consumidor.

4. A negativa da seguradora baseada na ausência de previsão no Rol da ANS não é válida, considerando a necessidade de tratamento idôneo para garantir a

dignidade do segurado.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: “1. A operadora de plano de saúde deve custear tratamentos prescritos, mesmo fora do rol da ANS, se comprovada a eficácia e necessidade”; “2. A negativa tácita de cobertura não pode ser transferida ao consumidor”.

Legislação Citada:

Lei 9.656/98, art. 10, § 13; CPC, art. 373, I e II; Código de Defesa do Consumidor; Lei 14.454/2022.

Jurisprudência Citada:

STJ, Súmula 608.

RELATÓRIO.

1. Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 192/199, que julgou parcialmente procedente o pedido formulado na inicial, a fim de condenar a ré a arcar com os custos dos tratamentos prescritos ao autor, nos moldes supra delimitados e conforme prescrição médica (fls. 32/33). Caberá à requerida indicar clínica/consultório credenciado nesta comarca com distância que não inviabilize o tratamento. Na hipótese de inexistência da referida clínica e/ou profissional especializado e credenciado ao plano habilitado à sua perfeita execução, a ré deverá custear integralmente a terapia na clínica indicada pelo

médico que acompanha o tratamento do autor (fls. 32/33), observadas as demais formalidades contratuais quanto ao reembolso, sem limitação de sessões. Em razão da sucumbência mínima da parte autora, a ré foi condenada a arcar com as custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios ao patrono da parte autora, estes fixados em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa.

2. Inconformada, insurge-se a ré (fls. 202/234), sustentando, em suma, a ausência de negativa emitida pela OPS, sendo que o beneficiário não acosta aos autos qualquer documento capaz de corroborar com a sua afirmação. No mais, aduz que o tratamento de educador físico e os métodos utilizados nas demais terapias são despesas expressamente excluídas de cobertura sob o amparo legal, haja vista não se encontrarem presentes no Rol de procedimentos básicos da ANS, instituído pelo art. 10 da Lei 9.656/98 e regulado pela RN 465. Alega, outrossim, que sequer a Lei 14.454/2022 é capaz de socorrer a pretensão autoral. No ponto, argumenta que a parte autora não trouxe aos autos qualquer documento capaz de comprovar que o tratamento pretendido se encaixa nas exceções contidas no §13 do art. 10 da Lei dos Planos de Saúde. Dessa forma, nos termos do contrato vigente entre as partes, defende que o custeio dos referidos tratamentos/métodos representa risco não assumido. Reitera a tese de inexistência de obrigação de custeio de

tratamento fora da rede credenciada, bem como a inexistência de previsão legal de reembolso integral das despesas particulares, ao passo que, caso se entenda pelo custeio do tratamento requerido fora da rede credenciada do plano contratado, que este ocorra de acordo com os limites contratuais, caso o plano preveja esta opção. Requer seja dado provimento ao presente recurso, reformando-se *in totum* a r. sentença, para julgar improcedentes os pleitos autorais, condenando a parte apelada aos ônus sucumbenciais.

3. Contrarrazões (fls. 240/244).

FUNDAMENTOS.

4. O inconformismo não merece prosperar.

5. Cinge-se a controvérsia em saber se a ré deverá custear o tratamento de reabilitação indicado pela equipe médica que assiste o autor Arthur Henrique, o qual sofreu, em 2021, grave acidente, tendo sido atropelado por um ônibus.

6. Consta da petição inicial que o autor já passou por terapias e fisioterapias convencionais, com poucos resultados, porém, passou por avaliação em Clínica especializada em recuperação neuromotora e lesão medular em pacientes com deficiência física, defendendo a necessidade de tratamento intensivo por prazo indeterminado de atividades de reabilitação específica em equipe multidisciplinar, para que o paciente consiga melhora em suas

atividades de vida diárias.

7. Por primeiro, a despeito de a recorrente alegar genericamente que não houve negativa de sua parte e que a parte adversa não acostou aos autos documento capaz de corroborar com a sua afirmação, fato é que consta da petição inicial a seguinte afirmação, não refutada propriamente pela ré em sua contestação:

"O Autor já vem encaminhando os relatórios médicos à ré, porém, nunca obteve resposta, sendo certo que as comunicações foram feitas no canal correto para isso e o Autor tem certeza de que foram recepcionadas.

Isto é porque as negativas sempre vieram por meio de contato telefônico, onde a Ré não disponibiliza protocolo da ligação e somente informa que não há como ocorrer a cobertura.

Excelência, conforme mencionado, já houve um processo acerca do tratamento do Sr. Arthur, onde a ré objetivava dar alta a ele, sendo que o seu estado era de risco, e vem melhorando com o tempo.

A atitude da Ré com relação às negativas, sempre foram as mesmas, de forma reiterada e consciente, ela tenta se desvencilhar da obrigação, não exarando uma negativa de fato, para não se comprometer.

Sendo assim, considera-se pela falta de aprovação, a negativa tácita, onde a Ré de forma a ludibriar tanto o Requerente, quanto este Colendo Juízo, não emite uma negativa documental."

8. Assim, tem-se que a ré de um lado busca utilizar em seu favor o art. 373, I do CPC, porém, deixa de cumprir com o ônus a ela imposto

por lei no inciso II do mesmo dispositivo, *“quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor”*.

9. Não se pode perder de vista, ainda, que a relação contratual havida entre as partes é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula 608 do C. STJ: *“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”*.

10. Consigno que a prova da negativa se traduz em prova diabólica que não pode ser transferida ao consumidor, sendo sabido que as seguradoras se furtam de apresentar negativas por escrito ao segurado para o fim de evitar a produção de prova contra si, tendo o autor juntado os diversos protocolos de ligações no qual relata ter solicitado a cobertura dos tratamentos que lhe foram prescritos, cabendo à seguradora disponibilizar as gravações das ligações, prova da qual não se desincumbiu.

11. Ocorre que, a despeito do quanto pretendeu fazer crer a recorrente no curso processual, não consta dos autos qualquer indício de que a OPS tenha oferecido o tratamento extrajudicialmente.

12. Digno de destaque que o pleito autoral está lastreado em Laudo Médico que enfatiza que o paciente *“foi vítima de traumatismo craniano em 2021. Submetido a diversas cirurgias, evoluiu com sequelas graves deste traumatismo, do ponto de vista*

cognitivo. Como o paciente é jovem e encontra-se estável do ponto de vista clínico, oriento necessitar de reabilitação neurocognitiva intensa, com o intuito de tentar melhora do ponto de vista cognitivo. O uso de técnicas de estimulação magnética transcraniana, associada a fisioterapia motora, reabilitação neurológica e ortopédica e demais tratamentos podem melhorar as função deste paciente" (sic – fls. 38).

13. No que diz respeito ao tratamento especializado constante do Relatório Médico de fls. 32/33, destacou-se as reais necessidades de cada técnica. Vejamos:

“O paciente acima apresenta dupla hemiparesia (pior a D) associada a alteração comportamental, rebaixamento cognitivo e afasia por sequela de trauma cranioencefálico por atropelamento em 29/10/2021 (CID: 81.1, R47, F06.8). Esta condição clínica demanda cuidados intensivos com objetivo de recuperação funcional e prevenção de outras complicações secundárias.

Os objetivos de reabilitação do paciente são:

- Aumentar nível de atividade física
- Adequar tônus muscular
- Manutenção de amplitudes articulares
- Aumentar atividade, força e resistência muscular
- Melhorar postura
- Treino de trocas posturais

- Treino de equilíbrio
- Estímulo sensorial e proprioceptivo
- Estimulação cognitiva

O tratamento deverá ser em local comprovadamente acessível, com banheiros adaptados e que permitam troca

de roupa. Caso haja rampas, a inclinação deve possibilitar a movimentação do cadeirante e pessoas com dificuldade de mobilidade sem grande esforço e, no caso de elevadores, o mesmo deve comportar adequadamente cadeiras de rodas ou outros equipamentos de auxílio a marcha como andadores.

O local deverá possuir equipamentos e dispositivos específicos para reabilitação e adaptados para cadeirantes e pessoas com incapacidades físicas.

O paciente necessita com início imediato e por tempo indeterminado (a depender a resposta motora e cognitiva apresentada) de tratamento intensivo com equipe multidisciplinar (fisioterapeutas, educadores físicos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e neuropsicólogo) com especialização em reabilitação neurológica. As atividades deverão estar distribuídas em 20 horas semanais conforme descrição abaixo.

a) Reabilitação neurológica solo:

- o Exercícios com descarga de peso parcial ou total em plataforma de agachamento, tipo Total Gym
- o Exercícios de CORE e controle de tronco
- o Exercícios de fortalecimento
- o Ciclo ergonômico de membros inferiores (spinning bike)
- o Estimulação elétrica funcional (FES)

o Bicicleta de estimulação elétrica funcional (FESBike)

o Plataforma vibratória triplanar

b) Treino de marcha com profissionais especializados em reabilitação neurológica:

- Treino de marcha em esteira suspensa com profissional auxiliar para movimentação dos membros inferiores. O Treino de marcha solo, em barra dupla, com profissional auxiliar para movimentação dos membros inferiores. Quando necessário, este treino pode incluir treinamento em esteira com suporte de peso corporal (BWSTT, body-weight supported treadmill training) ou treinamento em esteira assistida por robô. O BWSTT permite que um indivíduo com deficiência substancial de mobilidade caminhe em uma esteira enquanto é parcialmente apoiado por um arnês que é preso a um sistema de polias suspenso. Essa terapia é assistida por terapeutas que guiam manualmente os membros inferiores durante o ciclo da marcha enquanto os indivíduos caminham na esteira (Expert Rev Neurother 2018;18(6):493-502)

c) Reabilitação de sequelas em politraumatizados: treinamento de condicionamento físico personalizado

d) Reabilitação de sequelas em politraumatizados: treino de atividades de vida diárias (AVDs)

e) Reabilitação ortopédica: cinesioterapia e recursos terapêuticos (TENS, FES, US e bandagem funcional)

f) Reabilitação motora compreendendo:

- Realização de exercícios físicos aeróbicos (por exemplo, caminhada, bicicleta, corrida) e exercícios de resistência muscular (treinos de musculação com pesos livres ou equipamentos específicos) em ambiente adaptados a cadeirantes e pessoas com deficiências

motoras;

- Fisioterapia motora com exercícios para melhora do balanço, facilitação neuromuscular e exercícios de alongamento e mobilização muscular em ambiente ou com equipamentos adaptados a cadeirantes pessoas com deficiências motoras;

g) Reabilitação neurológica conceito ABT (Activity-based Therapy and Training) / Abordagem Orientada à Tarefa

h) Estimulação de linguagem

i) Estimulação cognitiva" (Grifos nossos)

14. Quanto ao trabalho desempenhado pelos educadores físicos, genericamente criticado nas razões recursais, equivocadamente a apelante, ao passo que a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, do Ministério do Trabalho, desde 2020, passou a apresentar um novo código: 2241-40, Profissional de Educação Física na Saúde.

15. Dito isso, não se pode dizer que as terapias indicadas no Laudo Médico a serem desempenhadas por profissional educador físico estão afastadas da relação contratual objeto do presente debate.

16. Outrossim, noto que a negativa da seguradora se deu sob a alegação de que a cobertura pretendida não está incluída no Rol de Procedimentos Obrigatórios da ANS, o que, tampouco, é de se acolher, posto que o avanço científico é sempre muito mais dinâmico do que o Direito. Assim, não se pode negar o direito do segurado a uma vida com dignidade, quando houver um tratamento idôneo a

aliviar seu sofrimento, restituindo sua qualidade de vida e estendendo sua sobrevida.

17. No que tange à previsão, ou não, no rol da ANS, a recente alteração da Lei 9.656/98, atualizada pela Lei nº 14.454/2022, introduziu o § 13 ao artigo 10 dispondo que: *"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: I – exista comprovação de eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; 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"*.

18. Não se pode perder de vista que os Relatórios Médicos enfatizam a necessidade da promoção de reabilitação intensa, por equipe multidisciplinar especializada em reabilitação neurológica.

19. Ocorre que a ré, ao invés de procurar esclarecer ao Poder Judiciário se detém em sua rede credenciada profissionais que atendem à determinação da equipe médica e possam desenvolver as terapias nos moldes determinados no Relatório Médico de fls. 32/33 citado no item 13, limitou-se a afirmar, também genericamente, a

suposta ausência de dever legal de cobertura de tratamento fora da rede credenciada. O que não guarda o menor cabimento, *data venia*.

20. Por fim, esclareço que a discussão atinente a reembolso, se total ou parcial, foi decidida corretamente pelo MM. Juízo *a quo*, cujos fundamentos cabem ser ratificados nesta sede:

“[...]

Quanto ao reembolso, a operadora de plano de saúde está obrigada a reembolsar os valores gastos pelo autor com as terapias em questão na hipótese de inexistência de clínica ou profissional credenciado ao plano na cidade em que o autor reside.

Nessa situação, a ré deverá adotar as providências necessárias para a realização dos tratamentos em clínicas especializadas fora da rede credenciada ou efetuar mensalmente o reembolso integral dos valores respectivos, que deverão ser comprovados nos autos, desde que sejam observadas as demais formalidades contratuais relativas ao reembolso.

Frise-se, por oportuno, que não se trata de livre escolha do segurado entre a rede credenciada e não credenciada, mas da impossibilidade ou da inexistência de profissionais e/ou clínicas especializadas na rede credenciada.[...]

Assim, enquanto a ré não credenciar profissionais e clínicas nesta comarca, ou pelo menos em distância razoável, deverá arcar com o reembolso integral dos valores gastos em clínicas (e com profissionais) em que os

tratamentos sejam realizados pelo autor, não havendo que se falar em coparticipação sobre sessões excedentes, sob pena de inviabilizar o tratamento a ser prestado (...)"

21. Desta feita, por qualquer aspecto analisado, de rigor, pois, a manutenção da r. sentença objurgada tal como lançada, majorada a verba honorária em sede recursal para 15% (vinte por cento) do valor da atualizado da causa, nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

22. Por derradeiro, dou por prequestionados os dispositivos invocados e, tendo sido devidamente motivado o entendimento esposado por esta C. 2ª Câmara de Direito Privado, eventual acesso às vias especial ou extraordinária não restará prejudicado, registrando, por fim, que a oposição de embargos declaratórios com intuito MANIFESTAMENTE PROTELATÓRIO será apenada com multa, conforme prevê a legislação (§ 2º, do art. 1.026 do CPC).

23. Diante do exposto, pelo meu voto, NEGO PROVIMENTO ao recurso, nos termos da fundamentação supra.

JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES
RELATOR