



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000327353

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1085876-60.2024.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelado HELIO PINHEIRO DE ASSIS.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 3ª 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 JOÃO PAZINE NETO (Presidente) E DONEGÁ MORANDINI.

São Paulo, 2 de abril de 2025.

MÁRIO CHIUVITE JÚNIOR

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

APELAÇÃO Nº 1085876-60.2024.8.26.0002

ORIGEM: FORO REGIONAL DE SANTO AMARO - 1ª VARA CÍVEL

APELANTE: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

APELADO: HELIO PINHEIRO DE ASSIS

JUIZ(A) SENTENCIANTE: FABIANA FEHER RECASENS

VOTO Nº 7146

DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. HOME CARE. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame: Ação de obrigação de fazer proposta por beneficiário de plano de saúde contra a operadora, visando à retomada de atendimento domiciliar de fisioterapia, cancelado sem justificativa. Sentença julgou procedente o pedido, condenando a ré a fornecer o atendimento domiciliar. Apela a ré, alegando a nulidade da sentença por cerceamento do direito de defesa e a validade da negativa de cobertura para tratamento em regime domiciliar.

II. Questão em Discussão: A questão em discussão consiste na análise acerca: (i) da alegação preliminar de nulidade da sentença por cerceamento de defesa; (ii) da validade da negativa de cobertura para home care pela operadora de plano de saúde.

III. Razões de Decidir: A alegação de cerceamento de defesa é afastada, pois a necessidade de produção de prova não ficou evidenciada, não se configurando na espécie cerceamento. A negativa de cobertura para home care é considerada abusiva, conforme entendimento consolidado na Súmula nº 90 do TJSP, havendo expressa indicação médica para o tratamento domiciliar, máxime, em razão das circunstâncias do caso em exame.

IV. Dispositivo: Recurso desprovido. Majoração recursal dos honorários advocatícios.

Vistos.

Trata-se de “*ação de obrigação de fazer*” intentada por **HELIO PINHEIRO DE ASSIS** em face de **SUL AMÉRICA COMPANHIA DE**

SEGURO SAÚDE. O relatório da r. sentença (fls. 221/223), que se adota, bem resume os principais aspectos da causa:

“VISTOS. HELIO PINHEIRO DE ASSIS ajuizou ação de obrigação de fazer c/c tutela de urgência inaudita altera pars contra SUL AMERICA CIA DE SEGURO SAUDE, afirmando, inicialmente, que é beneficiário de plano de saúde fornecido pela ré desde abril de 1991. Relata que é multi mórbido e apresenta perda de funcionalidade progressiva, tendo sido indicado atendimento domiciliar de fisioterapia, três vezes por semana, eis que apresenta grande dificuldade de locomoção até o ambulatório, ainda que seja o mais próximo de sua residência. Narra que referido atendimento vinha sendo prestado, até que, para sua surpresa, foi cancelado pela ré em setembro de 2024, sem nenhuma justificativa. Sustenta que a retomada do aludido atendimento é necessária e urgente devido ao seu quadro clínico. Liminarmente, pugna pela concessão da tutela para que a ré providencie o necessário ao atendimento que lhe foi receitado pelo médico que o acompanha. No mérito, requer a procedência da ação com a confirmação da liminar. Tanto a gratuidade da justiça quanto a tutela provisória foram deferidas (fls. 82). Citada, a ré apresentou contestação (fls. 91/115), afirmando, inicialmente, que já deu cumprimento à liminar. No mérito, aduz que não há previsão legal para o atendimento pretendido pelo autor. Tece comentários sobre a lista de procedimentos da ANS. Sustenta que não há cobertura para o procedimento solicitado pelo médico. Pugna pela improcedência da ação. Em seguida, a ré comunicou a interposição de recurso de agravo de instrumento contra a decisão que concedeu a liminar (fls. 171). O E. TJSP negou o efeito suspensivo pretendido pela agravante (fls. 196/198). Foi apresentada réplica (fls. 201/220). É o breve relatório.”

Ao fim, a r. sentença de fls. 221/223 **JULGOU**

PROCEDENTES os pedidos inaugurais:

“Ante o exposto, julgo PROCEDENTE a ação, extinguindo o feito com julgamento de mérito, nos termos do art. 487, I, do Código de Processo Civil, para condenar na obrigação de fazer, consistente em fornecer ao autor o atendimento domiciliar devido, com três sessões de fisioterapia por semana, conforme solicitado pelo médico, tornando definitiva a tutela provisória concedida. Face à sucumbência, condeno a ré no pagamento de custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios sucumbenciais, os quais que fixo em 10% sobre o valor atualizado da causa.”

Um recurso de apelação.

Nas suas razões de apela às fls. 226/234, a parte ré sustenta, em síntese: a nulidade da sentença por cerceamento de defesa, argumentando que a lide foi julgada antecipadamente sem a produção das provas necessárias. Defende que é imprescindível a realização de perícia médica para verificar o estado de saúde do autor e determinar os tratamentos necessários em regime domiciliar. Afirmar que, devido à complexidade e ao alto custo dos procedimentos, é essencial uma avaliação rigorosa e a produção de todas as provas cabíveis. No mérito, a apelante sustenta que o contrato de seguro saúde não prevê cobertura para tratamento domiciliar (home care). Destaca que, conforme a Lei nº 9.656/98 e a Resolução Normativa nº 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde não inclui internação domiciliar. Afirmar que a internação domiciliar é uma liberalidade da seguradora, podendo ser oferecida em substituição à internação hospitalar, mas não é obrigatória. A apelante aduz que o contrato firmado entre as partes é claro ao excluir a cobertura de home care, e que o autor tinha pleno conhecimento dessa exclusão. Defende que a obrigação de custear o tratamento domiciliar só poderia ser imposta se houvesse previsão expressa no contrato, o que não é o caso. Aponta que a ANS, em seu Parecer Técnico nº 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021, se posicionou

expressamente sobre a ausência de obrigação de cobertura de tratamento home care por parte das operadoras de planos de saúde. Além disso, a apelante destaca que a pretensão do autor de compelir a seguradora a custear um tratamento não previsto no contrato é contrária ao ordenamento jurídico. Afirma que a limitação dos riscos assumidos integra a essência do contrato de seguros e que as cláusulas contratuais devem ser mantidas. Argumenta que a seguradora não agiu com má-fé e que as condições do contrato são claras e objetivas.

O recurso é tempestivo (fl. 225) e dispensado o preparo, porque foi concedida a gratuidade processual (fl. 82).

Contrarrazões às fls. 240/248.

Não houve expressa oposição ao julgamento virtual.

É, em síntese, o relatório.

A sentença é **mantida**.

Cinge-se a controvérsia recursal à alegação preliminar de nulidade da sentença por cerceamento do direito de defesa. No mérito, a operadora de plano de saúde sustenta a validade da negativa de cobertura para home care.

De proêmio, afasta-se a alegação preliminar nulidade da r. sentença vergastada por cerceamento do direito de defesa.

É regra que “*cabará ao juiz, de ofício ou a requerimento da parte, determinar as provas necessárias ao julgamento do mérito.*” (artigo 370 do CPC).

E, segundo o sedimentado a propósito pelo Colendo Supremo Tribunal Federal, a necessidade da produção de prova há de ficar evidenciada para que o julgamento antecipado da lide implique o cerceamento de

defesa, o que não é hipótese dos autos.

No mérito, deve-se ponderar que, diante da relação jurídica subjacente aos fatos em tela, constata-se que se aplica ao caso o disposto no Código de Defesa do Consumidor, à luz do preceito contido na Súmula nº 608 do Colendo Superior Tribunal de Justiça, *in verbis*: “*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão*”.

Vislumbra-se, portanto, que a questão posta e o âmbito da divergência residem na obrigatoriedade ou não de cobertura e custeio do serviço de *home care* para a parte autora.

Com efeito, a questão dos autos passou a ter novos contornos, notadamente com o advento da Lei nº 14.454/2022, que alterou o art. 10, §12, da Lei nº 9.656/98, cuidando a nova redação de estampar que o rol da ANS é apenas uma referência básica de procedimentos em saúde, *in verbis*:

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

Assim, ainda que a negativa tivesse amparo em resolução normativa ou outra norma reguladora, é certo que eventuais restrições não poderiam permanecer, em decorrência da alteração legislativa, posto que hierarquicamente superior.

Insta trazer à colação o enunciado desta Colenda 3ª Câmara, *in verbis*:

Enunciado nº 44 – Compreende-se como internação domiciliar a prestação de serviços de forma alternativa à internação hospitalar, quando o conjunto de atividades

realizadas em domicílio é caracterizado pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada, ou mesmo por períodos restritos, mas com atendimento por profissionais especializados (enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudióloga)”.

In casu, é incontroverso que o contrato celebrado entre as partes prevê a cobertura das patologias do autor, diagnosticadas pelo médico assistente que o acompanha.

E há relatório médico esclarecendo que o autor, que já conta com 82 anos de idade e diversas moléstias, possui muita dificuldade de locomoção, sendo imprescindível que o atendimento seja realizado em sua residência (fls. 25/42):

“RELATORIO MÉDICO Paciente de 82 anos, multimórbido, com perda de funcionalidade progressiva, atualmente semidependente para atividades básicas de vida diária, totalmente dependente para atividades instrumentais de vida diária. Portador de ICFEP, HAS, coronariopata com 2 stents em 2014, dislipidemia, aneurisma de aorta abdominal sem abordagem cirúrgica por condição clínica pulmonar atual. Em acompanhamento regular devido DPOC grave perfil exacerbador, mantendo dispneia aos mínimos esforços, já com medicações do DPOC otimizadas e com medidas para conforto. Necessitando de fisioterapia domiciliar três vezes na semana. Com muita dificuldade de locomoção até o ambulatório devido à dispneia pela doença de base com necessidade de atendimentos domiciliares para evitar prejuízo em seu quadro de saúde. CID J44 R54” (fl. 25)

“Evolução atual: Paciente com histórico prévio de DPOC, em fisioterapêutico devido suas limitações respiratórias cardíacas. Paciente evolui com piora da dispneia, fadiga quadro motor. Solicito renovação das seções de fisioterapia para 3x semana

devido piora após redução para 2x, paciente logo após a redução apresentou piora nas condições respiratórias e cardíacas como por exemplo; dispneia em mínimos esforços, tosse produtiva e fraqueza. Hoje durante a avaliação mantendo em AA, sem a necessidade de O2 intermitente paciente se encontra ativo, deambulando com muita dificuldade e fadiga em mínimos esforços, acordado, calmo, consciente, orientado, respondendo a estímulos de voz, colaborativo, comunicativo e contactuante. Respiração espontânea vias aéreas superiores, visivelmente desconfortável em repouso e em esforços mínimos, o mesmo relata dispneia e fadiga. AP: murmúrios vesiculares presentes com roncos, pequena quantidade de secreção, sem a necessidade de ser aspirado pois possui boa expectoração e tosse. Mediante ao quadro do mesmo, a fisioterapia é indispensável para manter os padrões respiratórios, cardíacos, mobilidade articular, equilíbrio, marcha, ganho de força e Avds. Focando principalmente na fisioterapia respiratória e cardíaca para melhora da troca gasosa, e manter saturação constante em 95%.” (fl. 26)

E a matéria já foi pacificada pelo E. TJSP, na **Súmula nº 90**, *in verbis*: “Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de “home care”, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer.”

Registre-se, ademais, que a solução exarada na r. sentença se afigura em conformidade com o entendimento consolidado no Enunciado nº 29 desta C. 3ª Câmara de Direito Privado:

Enunciado nº 29: Havendo expressa indicação médica, não prevalece a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental e/ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.

Outrossim, restou configurada a conduta contraditória da

operadora de plano de saúde, a atrair a aplicação do princípio do *venire contra factum proprium*, haja vista que o mesmo tratamento ora recusado já foi anteriormente coberto para o caso do autor, havendo justa expectativa de continuidade do tratamento domiciliar já anteriormente percebido.

E bem fundamentou o MM. Juízo *a quo*:

“O contrato celebrado entre as partes prevê expressamente a cobertura do tratamento para a moléstia do requerente. No presente caso, o autor já vinha recebendo atendimento domiciliar, o qual foi suspenso pela requerida, sem justo motivo. Em que pese a ré negue o atendimento de forma domiciliar, o caso dos autos é particular, eis que há relatório médico esclarecendo que o autor, que já conta com 82 anos de idade e diversas moléstias, possui muita dificuldade de locomoção, sendo imprescindível que o atendimento seja realizado em sua residência. Por derradeiro, registre-se que a matéria já foi pacificada pelo E. TJSP, na Súmula nº 90, verbis: Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de “home care”, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer. Assim, a negativa de cobertura por parte da ré não deve prevalecer, restando apenas a procedência da ação.”

Neste Sodalício, não há discrepância, conforme os julgados a seguir colacionados:

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM PLEITO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. HOME CARE. Sentença de procedência. A ré recorreu alegando que é entidade fechada de previdência complementar sem nenhuma finalidade lucrativa e disponibilizou o tratamento necessário via Programa de Atenção Domiciliar – PAD. Contrato de autogestão. Inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor. Súmula

608 do STJ. Entendimento desta Corte de que, o sistema de autogestão e consequentemente a não aplicação do Código de Defesa do Consumidor, em nada modifica o resultado. Cobertura devida. Aplicação da Lei 9.656/98. Função social do contrato. Provas que revelam a necessidade do autor em receber cuidados especiais. Emprego da Súmula 90 desta E. Corte. Operadora, contudo, que não está obrigada a fornecer e custear itens de higiene pessoal, cama hospitalar, cadeira de rodas e de banho, medicamentos domiciliares encontrados em farmácia e outros itens que não tenham relação com o serviço de home care. Fornecimento de medicamentos que deve abranger somente aqueles estritamente necessários para realização do atendimento domiciliar. Precedentes STJ. Danos morais. Cabimento. Recusa indevida de cobertura. Sentença parcialmente reformada. Recurso parcialmente provido. (TJ-SP - AC: 10929469620228260100 São Paulo, Relator: Vitor Frederico Kümpel, Data de Julgamento: 30/09/2023, 4ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 30/09/2023).

OBRIGAÇÃO DE FAZER – Plano de assistência à saúde – Autora idosa e com doença grave (Alzheimer) – Dependência total de cuidados técnicos – Procedência parcial – Recurso da autora para obter o atendimento de enfermagem 24 horas por dia, 7 dias por semana e da ré em busca da reforma, porque não há previsão contratual para cobertura – Descabimento – Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de home care, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer – Súmula nº 90 desta Corte – Perícia médica realizada na origem que estabeleceu os limites dos serviços necessários – Danos morais configurados, em razão da injusta recusa de cobertura para o procedimento – Quantum fixado em R\$10.000,00 que se adequa aos parâmetros desta Câmara – Sentença mantida – RECURSOS IMPROVIDOS. (TJ-SP - Apelação Cível: 1070508-84.2019.8.26.0002 São Paulo, Relator: Miguel



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Brandi, Data de Julgamento: 15/03/2023, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 15/03/2023)

Destarte, a parte autora faz jus aos serviços de *home care*, na extensão em que declinado na r. sentença de procedência.

Assim sendo, ratifica-se a respeitável sentença por seus próprios e bem deduzidos fundamentos, nos termos do artigo 252, do Regimento Interno deste E. Tribunal de Justiça, segundo o qual, “*nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la*”.

Nesse sentido, a jurisprudência do Colendo STJ tem prestigiado o entendimento de se reconhecer a viabilidade de se adotar ou ratificar o juízo de valor firmado na sentença (AgRg no AREsp 44161 / RS, Segunda Turma, Rel. Min. Herman Benjamin, julgado em 14/05/2013; AgRg no REsp 1339998 / RS, Quarta Turma, Rel. Min. Raul Araújo, julgado em 15/05/2014; AgRg no AREsp 530121 / SP, Quarta Turma, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 19/08/2014), a ponto de se poder afirmar que “*é predominante a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça em reconhecer a viabilidade de o órgão julgador adotar ou ratificar o juízo de valor firmado na sentença, inclusive transcrevendo-o no acórdão, sem que tal medida encerre omissão ou ausência de fundamentação no decisum*.” (REsp 662.272-RS).

Por fim, reforçada a sucumbência em sede recursal, ficam majorados os honorários advocatícios, a serem suportados pela parte recorrente, para 20% sobre o valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, §§ 2º e 11, do Código de Processo Civil.

Por derradeiro, para evitar a costumeira oposição de embargos declaratórios voltados ao prequestionamento, tenho por ventilados, neste grau de jurisdição, todos os dispositivos legais citados no recurso interposto. Vale lembrar que a função do julgador é decidir a lide e apontar, direta e objetivamente, os fundamentos que, para tal, lhe foram suficientes, não havendo necessidade de



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

apreciar todos os argumentos deduzidos pelas partes, um a um. Sobre o tema, confira-se a jurisprudência (STJ, EDcl no REsp nº 497.941/RS, Rel. Min. **Franciulli Netto**, publicado em 05/05/2004; STJ, EDcl no AgRg no Ag nº 522.074/RJ, Rel. Min. **Denise Arruda**, publicado em 25/10/2004).

Daí porque, ante o acima exposto, pelo meu voto, nos termos retromencionados, **NEGA-SE PROVIMENTO AO RECURSO.**

MÁRIO CHIUHITE JÚNIOR

Relator