



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000328334

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1005256-48.2024.8.26.0362, da Comarca de Mogi-Guaçu, em que é apelante UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DE MOGI GUAÇU, são apelados RENATO SILVA DE OLIVEIRA (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e JOSIELI CRISTINA DA SILVA OLIVEIRA (REPRESENTANDO MENOR(ES)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 10ª 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 JAIR DE SOUZA (Presidente sem voto), JOSÉ APARÍCIO COELHO PRADO NETO E ANGELA MORENO PACHECO DE REZENDE LOPES.

São Paulo, 2 de abril de 2025.

COELHO MENDES

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

VOTO Nº: 41.652

APEL. Nº: 1005256-48.2024.8.26.0362 COMARCA: MOGI-GUAÇU

ORIGEM: 1ª VARA CÍVEL

JUIZ 1ª INST.: ROGINER GARCIA CARNIEL

APTE.: UNIMED REGIONAL BAIXA MOGIANA

APDO.: R. S. DE O. (MENOR REPRESENTADO)

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. Autor, beneficiário menor de idade, portador de Anomalia de Ebstein (CID: Q22.0 e CID: G 80.0), que causam cardiopatia congênita rara, caracterizada por uma má formação da válvula tricúspide que, por sua vez, causa atrilização do ventrículo, hipoplasia de tronco e ramos pulmonares tendo sido diagnosticado e acompanhado por médicos especialistas, pneumopediatra, neurologista infantil e cardiopediatra, que recomendaram tratamento especializado consistente em fisioterapia com método “pediasuit”. Negativa de cobertura. Sentença de procedência. Insurgência da requerida. Pareceres do NATJUS não são obrigatórios ou vinculativos. Necessidade de cobertura sem limitação de sessões foi referendada pelo STJ. Relação de consumo configurada. Contrato que deve ser interpretado em favor do consumidor. Cláusula que limita tratamento prescrito pelo médico que acompanha o paciente fere a boa-fé objetiva e desnatura a própria finalidade do contrato. Se a doença tem cobertura contratual, os tratamentos disponíveis pelo avanço da medicina também terão. Sentença mantida.

RECURSO DESPROVIDO.

Vistos.

Trata-se de apelação interposta contra r. sentença de fls. 308/312 que nos autos da AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA ocasionados por negativa de cobertura de exame médico ajuizada por R. S. DE O. (MENOR REPRESENTADO) em face de UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA que JULGOU PROCEDENTE a demanda, tornando definitiva a liminar deferida às fls. 41/42 que havia determinado à ré providenciar a cobertura ao autor de sessões de equoterapia e de terapia intensiva pelo método “*Pediasuit*”, pelo tempo necessário e na frequência prescrita.

Por fim, condenou a ré ao pagamento das custas e demais despesas processuais, bem como em honorária advocatícia, fixada em 10% sobre o valor da causa.

Da decisão apelou a requerida. (fls. 321/342).

Reafirma a necessidade de nota técnica do NAT-JUS para embasar a decisão, alegando que a sentença se baseou exclusivamente em prescrição médica, sem considerar pareceres técnicos da ANS, ABMFR e ABRAFIN, os quais apontam a ausência de comprovação científica do tratamento pleiteado.

Prossegue aduzindo que a cobertura contratada compreende os procedimentos previstos no rol da ANS, inexistindo qualquer abusividade nesta estipulação.

Insiste que a limitação da cobertura é da essência do contrato de seguro, portanto não há que se falar em restrição de direito inerente a natureza do contrato. Ainda que se considere o rol da ANS exemplificativo, a autora não comprovou os requisitos da lei 14.454/22. Não há comprovação da eficácia, tampouco do esgotamento de outras vias de diagnóstico. Pede a improcedência total da demanda.

Preparado e tempestivo, o recurso foi processado, sem que fossem apresentadas contrarrazões (fls. 349).

Sobreveio parecer da d. PGJ às fls. 363/365.

Sem oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

O recurso não comporta acolhida.

Inicialmente, deve-se lembrar que o caso deve ser apreciado sob o viés consumerista. Primeiro porque estão presentes os requisitos citados no Código de Defesa do Consumidor (doravante CDC).

Depois porque este E. TJSP pacificou o entendimento de que *“O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais”* (TJSP. Súmula n.º100).

No mesmo sentido já sedimentou o C. STJ.

Súmula n.º 608. “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

Desse modo, à vista do quadro de saúde do autor e havendo indicação médica para realização do tratamento específico (fls. 14/30), a negativa do plano se mostra indevida.

Conforme preceitua o artigo 35-F, da lei n. 9.656/98, *“a assistência a que alude o artigo 1º desta lei, compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta lei e do contrato firmado entre as partes”.*

Aplica-se ainda ao caso a Súmula 102 deste Tribunal:

“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”.

Vale lembrar que a Súmula, ao ser editada, apenas cristaliza a opinião pacífica do Tribunal.

Assim sendo, deve-se tem em vista que o objetivo contratual da assistência médica se comunica necessariamente, com a obrigação de restabelecer ou procurar restabelecer, através dos meios técnicos possíveis, a saúde dos pacientes.

No caso, impõe-se aplicar às cláusulas de exclusão e limitativas a interpretação que mais favoreça ao consumidor (Lei 8.078, de 11.9.90, art. 47).

Nada obstante válido o princípio da *pacta sunt servanda*, não é ele absoluto, e deve ser interpretado em consonância com as normas de ordem pública, com os princípios constitucionais e, na presente hipótese, com o escopo de preservar a natureza e os fins do contrato.

O objetivo contratual da assistência médica comunica-se, necessariamente, com a obrigação de restabelecer ou procurar restabelecer, através dos meios técnicos possíveis, a saúde dos pacientes.

Ora, se a doença tem cobertura contratual, os tratamentos e exames também terão e devem acompanhar a evolução das técnicas da medicina. Efetivamente, podem as limitações contratuais (art. 757, 758 e 759, CC) até abranger rede de atendimento hospitalar, laboratorial e tipo de acomodação, mas em nenhuma circunstância o tratamento que tenha por objetivo restabelecer a saúde da contratante.

Não pode o plano de saúde limitar os métodos que levarão à cura do paciente, sob pena de frustrar a finalidade do contrato.

É certo que, à luz da nova tese vinculante do Superior Tribunal de Justiça, deve-se considerar o rol da ANS, em regra, taxativo.

No entanto, em situações excepcionais, como a dos autos, a cobertura deve ser estendida a tratamento não previsto no rol, sob pena de negar ao paciente o único tratamento disponível.

Veja-se que o precedente abre essa possibilidade (EREsp 1886929 e 1889704):

- “1. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo;
2. A operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol;
3. É possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra rol; 4. Não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo*

médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e Natjus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS”.

No caso, a eficácia do procedimento para o caso específico da autora está demonstrada por relatórios médicos de diversas especialidades (fls. 14/30) que ressaltam a necessidade de realização das terapias para reabilitação e garantia de qualidade de vida ao paciente.

Especialmente acerca da obrigatoriedade de cobertura das terapias indicadas, a Resolução Normativa nº 539, de 23/06/2022, incluiu o §4º no art. 6º, da RN nº 465, de 2021, com a seguinte redação:

“§ 4º Para a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente”.

Acresça-se que não há qualquer prova nos autos de que haja um tratamento/método substituto igualmente eficaz, efetivo e seguro, aos indicados pelo médico assistente e que estejam elencados no referido rol.

Quanto aos pareceres do NATJUS, apesar da importância desse núcleo de apoio, é certo que não são obrigatórios ou vinculativos.

A necessidade de cobertura sem limitação de sessões foi referendada pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça:

“AGRAVO INTERNO. RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS MÍNIMOS DA ANS. TAXATIVIDADE.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA. MÉTODO ABA. RN Nº 469/21. PARECER TÉCNICO Nº 35/21, DA ANS. COBERTURA OBRIGATÓRIA CASO HAJA PROFISSIONAL HABILITADO NA REDE CREDENCIADA DURANTE A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO COBERTO. 1. Nos termos do Parecer Técnico nº 39 /GCITS/GGRAS/DIPRO/2021, publicado pela ANS após a edição da RN nº 469/21, que modificou a RN nº 465/21 para "alterar as diretrizes de utilização dos procedimentos sessão com fonoaudiólogo e sessão com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, para o tratamento/manejo dos beneficiários portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA)", "a operadora deverá oferecer atendimento por profissional apto a tratar a CID do paciente e a executar o procedimento indicado pelo médico assistente, conforme as competências e habilidades estabelecidas pelos respectivos Conselhos Profissionais", segundo previsão no Rol de Procedimentos e Eventos de Cobertura Obrigatória (EDcl no AgInt no REsp n. 1.875.980/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 27/6/2022, DJe de 30/6/2022). 2. Agravo interno a que se nega provimento". (STJ, AgInt no REsp 1987493 / SP, Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, j. 13/03/2023, DJe 16/03/2023)

“AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022 DO CPC/2015. NÃO OCORRÊNCIA. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO MÉDICO. ANS. ROL TAXATIVO. MITIGAÇÃO. TERAPIA. COBERTURA OBRIGATÓRIA. LIMITAÇÃO DE SESSÕES. IMPOSSIBILIDADE. REEMBOLSO INTEGRAL. PLANO DE SAÚDE. OMISSÃO. REVISÃO. SÚMULAS NºS 5 E 7/STJ. 1. Não há falar em negativa de prestação jurisdicional se o tribunal de origem motiva adequadamente sua decisão, solucionando a controvérsia com a aplicação do direito que entende cabível à hipótese, apenas não no sentido pretendido pela parte. 2. A Segunda Seção desta Corte Superior, quando do julgamento dos EREsps nºs 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, uniformizou o entendimento de ser o Rol da ANS, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios. 3. Na espécie, os tratamentos indicados estão relacionados com beneficiário portador de transtorno global do desenvolvimento, sendo exemplos o transtorno do espectro autista (TEA), a Síndrome de Asperger e a Síndrome de Rett. 4. A ANS já reconhecia a Terapia ABA como contemplada nas sessões de psicoterapia do Rol da Saúde Suplementar, havendo considerações da CONITEC a respeito da viabilidade não só desse método no tratamento de determinados graus de TEA,

mas também de outros métodos a serem discutidos com o profissional da saúde. 5. A ANS tornou obrigatória a cobertura, pela operadora de plano de saúde, de qualquer método ou técnica indicada pelo profissional de saúde responsável para o tratamento de Transtornos Globais do Desenvolvimento, entre os quais o transtorno do espectro autista, Síndrome de Asperger e a Síndrome de Rett. 6. A Autarquia Reguladora aprovou o fim do limite de consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, além de ter revogado as Diretrizes de Utilização (DU) para tais tratamentos (RN-ANS nº 541/2022). 7. Na hipótese, acolher a tese pleiteada pela agravante, no sentido de que não tem obrigação de custear o tratamento médico indicado, exigiria exceder os fundamentos do acórdão impugnado e adentrar no exame das provas e na relação contratual estabelecida, procedimentos vedados em recurso especial, a teor das Súmulas nºs 5 e 7/STJ. 8. Agravo interno não provido". (STJ, AgInt no REsp 1930589 / SP, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, j. 13/02/2023, DJe 17/02/2023).

Nessas condições, tem cabimento a extensão excepcional da cobertura, para garantir a continuidade do tratamento.

Prescindível, portanto, qualquer acréscimo aos sólidos fundamentos deduzidos pelo magistrado de primeiro grau, que ora ficam ratificados.

Finalmente, apenas para evitar futuros questionamentos desnecessários, tenho por expressamente ventilados, neste grau de jurisdição, todos dispositivos legais e constitucionais citados em sede recursal.

Observe ainda que a função do julgador é decidir a lide de modo fundamentado e objetivo, portanto desnecessário o enfrentamento exaustivo de todos os argumentos elaborados pelas partes.

De todo exposto, pelo meu voto,
NEGO PROVIMENTO ao recurso.

Deixo de majorar os honorários sucumbenciais nos termos do artigo 85, § 11 do Código de Processo Civil uma vez que a parte contrária não apresentou contrarrazões ao recurso.

COELHO MENDES

Relator