



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000336650

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1028795-20.2022.8.26.0554, da Comarca de Santo André, em que é apelante BRADESCO SAÚDE S/A, são apelados ROSEMEIRE APARECIDA DA SILVA (POR CURADOR) e WAGNER DA SILVA (CURADOR(A)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 1ª 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 ALBERTO GOSSON (Presidente sem voto), ALEXANDRE MARCONDES E ENÉAS COSTA GARCIA.

São Paulo, 4 de abril de 2025.

CLAUDIO GODOY

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

APELAÇÃO CÍVEL

Processo n. 1028795-20.2022.8.26.0554

Comarca: Santo André

Apelante: Bradesco Saúde S/A

Apelada: Rosemeire Aparecida da Silva (curatelada)

Juíza: Dr.^a Bianca Ruffolo Chojniak

Voto n. 32.917

Plano de saúde. Paciente acometida de demência severa secundária a hidrocefalia de pressão normal, a quem indicado atendimento em regime domiciliar, com acompanhamento médico e de enfermagem. Beneficiária, ademais, interditada, que não deambula e apresenta restrição ao leito. Negativa de cobertura sob o fundamento de que o ajuste havido exclui expressamente a obrigatoriedade de cobertura de tratamentos que não constem de lista própria da ANS, que se defende taxativa. Abusividade. Taxatividade assentada em acórdão da Corte Superior no qual ressalvadas situações excepcionais a permitir a cobertura de procedimento fora do rol. Escolha terapêutica do médico, ressalvado abuso, não verificado no caso concreto. Prova pericial que indicou necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar, incluindo enfermagem 24h/dia. Sentença mantida. Recurso desprovido.

Cuida-se de recurso de apelação interposto contra a sentença de fls. 404/409 – objeto de embargos de declaração acolhidos em parte (fls. 442/443) –, que julgou procedente a ação, *“para condenar a requerida a arcar com os serviços de atendimento multidisciplinar, bem como insumos necessários, durante o período em que o contrato firmado entre as partes estiver vigente, nos moldes do laudo pericial, nos termos da fundamentação. Os tratamentos deverão ser realizados por prestadores credenciados à requerida, mas*

em caso de impossibilidade, deverá haver reembolso integral, desde que não haja inadimplemento das parcelas do plano de saúde” (fls. 442). A ré foi condenada a arcar com as custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios fixados em 10% do valor atualizado da causa.

A ré Bradesco Saúde, em sua irresignação (fls. 446/472), alega que o tratamento não está abrangido pelo rol taxativo da ANS. Acrescenta que *“os serviços de 'home care' e dos profissionais de enfermagem não se confundem com aqueles prestados pelo cuidador, na medida em que estes não possuem caráter médico-ambulatorial”* (fls. 465). No mais, sustenta inexistir dever de cobertura de medicamentos de uso domiciliar e demais insumos. Assim, requer provimento do recurso para o fim de se julgar a demanda improcedente.

Recursos regularmente processados e respondidos (fls. 479/486).

A Procuradoria de Justiça opinou pelo desprovimento do recurso (fls. 495/502).

É o relatório.

A presente demanda foi ajuizada com o objetivo de se obter cobertura do atendimento *home care* prescrito à autora, portadora de *“demência sereva secundária a hidrocefalia de*

pressão normal” (fls. 57). Conforme o relatório de fls. 57, a autora “necessita de acompanhamento médico e de enfermagem domiciliar”.

Quanto à alegação de inexistência do dever de cobertura em razão da taxatividade do rol da ANS, persistem as seguintes ponderações, lançadas no julgamento do **AI nº 2028537-69.2023.8.26.0000**:

“Certo caber primariamente ao médico que acompanha o paciente a análise do tratamento adequado ao seu quadro. Mas o que não afasta a discussão sobre eventual abuso.

No presente caso, cuida-se de beneficiária interditada, com 57 anos, que refere sofrer de quadro demencial severo secundário a hidrocefalia de pressão normal, não deambulando e apresentando restrição ao leito. Tal o que, em boa medida, se pode colher dos relatórios médicos de fls. 21 e 57 da origem, dos quais também se extrai que a autora é totalmente dependente de cuidados e necessita de tratamento domiciliar, em regime de home care, com acompanhamento médico e de enfermagem.

Refere a autora, de outro lado, resposta negativa da ré ao pedido de atendimento domiciliar, ao argumento de desnecessidade de tratamento home care e possibilidade de acompanhamento médico por meio de consultas. Aduz assim que, diante da recusa, teve que buscar atendimento particular.

(...)

Dito de outro modo, as restrições em

contratos de seguro saúde não podem inviabilizar mesmo o atendimento básico que se contrata; não se devem por de sorte a privar o ajuste de seu efeito primordial, encerrando verdadeira cláusula chamada perplexa, que subtrai do negócio sua eficácia final. A propósito, assentou-se, no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, que “o direito subjetivo assegurado em contrato não pode ser exercido de forma a subtrair do negócio sua finalidade precípua”(STJ, Resp nº 735.168-RJ, DJU 26.03.2008).

Ao aceitar a cobertura de uma dada doença, mas restringir o modo pelo qual se a enfrenta, cria-se uma contradição intrínseca que afeta a própria eficácia da cláusula de cobertura.

Percebe-se que pretende se valer a ré de cláusula contratual que prevê a exclusão da cobertura de despesas quando feitas em ambiente domiciliar. Ora, mesmo se excluída a cobertura, tem-se que aparentemente abusiva uma vez aplicada àquelas situações em que a terapia indicada fosse, em si, um tratamento coberto.

Aliás, a não ser assim e chegar-se-ia à conclusão absurda de que as mesmas despesas estariam cobertas se a autora fosse internada, em vez de fazê-lo em casa, frise-se, por recomendação e na forma da indicação de seu médico.

Veja-se, não é demais repetir o que já antes se disse: se se trata de procedimento medicamente indicado para

enfrentar doença coberta, então tem-se uma exclusão abusiva, daquelas constitutivas do que se chama de cláusula perplexa, que priva o negócio de seu efeito básico.

Nem mesmo parece se justificar a exclusão pelo exato controle que se faça dos procedimentos, afinal fora do atendimento pelo pessoal credenciado. É afinal o mesmo acompanhamento médico, a ocorrer na residência do paciente, que se daria no hospital.

Mais até. Com o tratamento do paciente em seu domicílio, o convênio se vê desobrigado de pagar as diárias advindas da internação.

Ou seja, se o mal de que acometido a autora tem cobertura prevista no contrato, não faz sentido, a priori, restringir o atendimento respectivo, quando outro se apresente, menos custoso e mais benéfico ao paciente, cuja indenidade, na mais ampla extensão, o ajuste tende a assegurar.

A propósito, já se decidiu que "simples modificação do local do tratamento não basta para exonerar a operadora da cobertura. Terapias auxiliares que seriam prestadas ao autor caso estivesse no hospital e que, portanto, devem se custeadas pela requerida."(TJ-SP, Ap. Civ. n. 6251754000).

Ainda de maneira mais enfática,

igualmente a respeito da recusa na cobertura com despesas de home care, chegou-se mesmo a assentar que tais limitações contratuais "constituem prática abusiva, fundada no abuso do poder econômico, em detrimento da defesa e do respeito ao consumidor." (TJ-SP, Ap. Civ. n. 617874500).

A título corroborativo: TJ-SP, Ag. Inst. n. 6016364900, explicitando o caráter aprioristicamente abusivo de cláusula excludente que "compromete o objeto do contrato firmado".

Importante, ainda, ressaltar que é ao médico que acompanha o paciente que cabe aquilatar e indicar o melhor tratamento, cabendo à seguradora, isto sim, demonstrar eventual abuso.

Evidentemente não se olvida ter-se encerrado o julgamento, no Superior Tribunal de Justiça, dos Embargos de Divergência em REsp n. 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, então reconhecida a taxatividade do rol da ANS, embora em regra, com ressalvas, afinal fixadas as seguintes teses:

“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.”

*Veja-se, inclusive, que no próprio caso concreto discutido nos **Embargos de Divergência em REsp n. 1.886.929/SP**, admitiu-se a cobertura de tratamento não inserido no rol, então padecendo o paciente de quadro de esquizofrenia e depressão:*

“12. No caso concreto, a parte autora da ação tem esquizofrenia paranoide e quadro depressivo severo e, como os tratamentos medicamentosos não surtiram efeito, vindica a estimulação magnética transcraniana - EMT, ainda não incluída no Rol da ANS. O Conselho Federal de Medicina - CFM, conforme a Resolução CFM n. 1.986/2012, reconhece a eficácia da técnica, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas,

esquizofrenias, bem como para o planejamento de neurocirurgia, mantendo o caráter experimental para as demais indicações. Consoante notas técnicas de NatJus de diversos Estados e do DF, o procedimento, aprovado pelo FDA norte-americano, pode ser mesmo a solução imprescindível para o tratamento de pacientes que sofrem das enfermidades do recorrido e não responderam a tratamento com medicamentos – o que, no ponto, ficou incontroverso nos autos. 13. Com efeito, como o Rol não contempla tratamento devidamente regulamentado pelo CFM, de eficácia comprovada, que, no quadro clínico do usuário do plano de saúde e à luz do Rol da ANS, é realmente a única solução imprescindível ao tratamento de enfermidade prevista na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID, notadamente por não haver nas diretrizes da relação editada pela Autarquia circunstância clínica que permita essa cobertura, é forçoso o reconhecimento do estado de ilegalidade, com a excepcional imposição da cobertura vindicada, que não tem preço significativamente elevado.”

De mais a mais, vejam-se no voto do Min. Villas Bôas Cueva, do qual o Min. Rel. Luiz Felipe Salomão extraiu e acolheu as proposições referentes às hipóteses excepcionais de cobertura fora do rol, as seguintes razões a justificá-las:

“No entanto, apesar de ser taxativo o Rol da ANS, tal taxatividade não pode ser considerada absoluta, tomando-se como exemplo o que já acontece na Saúde Pública. Como consta no Enunciado nº 73 das Jornadas de Direito da Saúde, "a ausência do

nome do medicamento, procedimento ou tratamento no rol de procedimentos criado pela Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações, não implica em exclusão tácita da cobertura contratual". Isso porque a atividade administrativa regulatória é sujeita ao controle do Poder Judiciário. É certo que tal controle jurisdicional é limitado, mesmo porque o Judiciário não detém capacidade institucional e expertise necessárias para decidir e avaliar o efeito sistêmico de suas decisões, devendo ser deferente às escolhas técnicas e democráticas tomadas pelos órgãos reguladores competentes. Contudo, os abusos, as arbitrariedades e as ilegalidades dos entes administrativos devem ser contidos. É dizer, o controle judicial dos atos administrativos de agências reguladoras pode se dar quando configurada deficiência estrutural e sistêmica da autarquia. Desse modo, o Judiciário não pode ser conivente com eventuais ineficiências da ANS, devendo compatibilizar, em casos específicos, os diversos interesses contrapostos: operadora e usuário desassistido, saúde de alguns e saúde de outros (mutualidade), vigilância em saúde suplementar e atendimento integral a beneficiários doentes. No âmbito da Saúde Pública, o Supremo Tribunal Federal (STF) se deparou com questões semelhantes ao julgar o Tema 500 de Repercussão Geral: dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA. Quando do julgamento do RE nº 657.718/MG (Rel. para acórdão Ministro Roberto Barroso, DJe 9/11/2020), foram aprovados alguns parâmetros para o fornecimento excepcional de fármacos ainda não avaliados pela ANVISA. De igual maneira, encontra-se pendente de finalização de julgamento o Tema nº 6 de Repercussão Geral: dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença

grave que não possui condições financeiras para comprá-lo. Conquanto não tenha sido ainda votada a tese no RE nº 566.471/RN, a maioria da Suprema Corte entendeu pela restrição do fornecimento de remédios de alto custo pelo Poder Público, ressaltando hipóteses excepcionais, que serão objeto de definição de parâmetros. Desse modo, como o objetivo do Legislativo e do Executivo ao aprovarem a Lei nº 14.307/2022 foi o de tornar mais semelhantes os procedimentos de incorporação de tecnologias na Saúde, tanto que serviu de parâmetro para a Saúde Suplementar a experiência da CONITEC em relação ao SUS, também devem ser estipulados parâmetros análogos para a superação excepcional do rol taxativo da ANS, de forma a minimizar suas deficiências estruturais.”

*Sucedendo que, ainda mais recentemente, e já depois do julgamento dos **Embargos de Divergência em REsp n. 1.886.929/SP e 1.889.704/SP**, foi editada a Lei 14.454/22. Além de modificar expressamente o art. 1º da Lei 9.656/98, de modo a assentar a aplicação simultânea do Código de Defesa do Consumidor, bem assim o art. 10, par. 4º, foram inseridos os pars. 12º e 13º ao referido dispositivo, que assim dispõem:*

“§ 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.

§ 13. 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 da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

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.”

Assim, o que por ora se vê é que a lei assentou que o rol traduz referência básica para os planos, sem prejuízo de que tratamentos nele não incluídos sejam cobertos, atendidos os requisitos ali fixados, os quais não parecem destoar daqueles já fixados pela Corte Superior.

Por fim, anote-se que o ajuste em comento é daqueles cativos e de longa duração, naturalmente voltados a um atendimento diferido no tempo, em princípio, portanto, sujeito a alterações normativas posteriores, sobretudo quando digam com

preceitos vitais, como é aquele concernente à mais ampla cobertura do paciente. É, de resto, o princípio que se contém, até de forma mais extensa, no artigo 2.035 do CC/02, que consagra a tese da chamada retroatividade mínima, ou seja, incidência da lei nova a efeitos futuros de contratos pretéritos.

Quer-se é dizer que, independentemente da incidência da lei referida, fato que, por imperativo de solidarismo que é mesmo constitucional (art. 3º, I), em contratos, particularmente como o presente, de especial função social, dado seu objeto, e em que sobreleva dever de colaboração e lealdade, pela catividade do serviço e seu protraimento forçoso no tempo, a interpretação que se dê a respeito de cláusulas firmadas, antes de tudo as de exclusão de uma cobertura que, na regra, se supõe ampla, deve atender fundamentalmente à necessidade de preservação da justa expectativa do contratante aderente.

Pois, por tudo isso, admitida a cobertura fora do rol não apenas pelo Superior Tribunal de Justiça como, a rigor, agora pela própria lei federal, desde que ausente demonstração, cujo ônus incumbe à seguradora, de que existente tratamento listado igualmente eficaz, não se entende, ao menos por enquanto, de rever a liminar”.

No julgamento do referido agravo, ainda, destacou-se o entendimento desta Câmara no sentido de que, tratando-se de atendimento que possa ou deva ser prestado por cuidadores, e não por

profissional especializado em enfermagem, a operadora ou seguradora não é obrigada a cobri-lo.

A prova pericial posteriormente produzida, contudo, indicou a necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar, incluindo enfermagem 24h/dia, haja vista que as demandas de saúde diárias da paciente não podem ser supridas apenas por cuidadores.

Ao descrever o quadro clínico da autora, a expert anotou que *“a pericianda está restrita ao leito, portadora da demência em estado avançado, em coma vígil, sem controle de tronco com presença de espasmos; totalmente dependente de terceiros para atividades da vida diária (...). Considerando os critérios de apoio para indicação de planejamento de atenção domiciliar, observou-se que a pericianda recebe dieta enteral e medicação por via gastrotomia. Conforme Escore de Katz a pericianda é considerada totalmente dependente de terceiros”* (fls. 341).

A perita acrescentou que a administração de dieta e medicação por gastrostomia, *“realizada nos períodos diurno e noturno, é de competência dos profissionais de enfermagem por força da Resolução COFEN nº 453/2014”* (fls. 342).

Destacou, ainda, a necessidade de fisioterapia respiratória, uma vez que a paciente está hipersecretiva, *“resultando na necessidade de apirações até 5 vezes ao dia”* (fls. 346),

bem como a necessidade de fisioterapia motora, “*que visa à manutenção da amplitude de movimento e à prevenção de maiores deformidades que poderão surgir devido à gravidade da doença*” (fls. 346).

Além disso, apontou que “[O]s indivíduos com demência avançada podem apresentar vários problemas gastrointestinais, como refluxo gastroesofágico, constipação, distensão abdominal e esvaziamento gástrico retardado. A pericianda recebe dieta enteral via gastrostomia, avaliação da alimentação por um nutricionista deve ser realizada, devendo manter a supervisão mensal” (fls. 346).

Concluiu, então, que “a Sr.^a Rosemeire da Silva Costa, necessita de assistência na modalidade internação conforme listado a seguir: visitas médicas 1 vez por mês; assistência nutricional 1 vez por mês; assistência de técnico de enfermagem 24 horas por dia; assistência fisioterápica 3 vezes por semana; visita de supervisão de enfermagem 1 vez a cada 15 dias” (fls. 344).

Quanto aos medicamentos e insumos, veja-se que, mais recentemente, a Corte Superior assentou, inclusive de maneira mais ampla do que se vinha deliberando nesta Câmara, que os insumos necessários para garantir a assistência médica em casa, como se no hospital estivesse o paciente, devem ser garantidos. Confira-se:

“DIREITO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AUTOGESTÃO. TRATAMENTO DOMICILIAR (HOME CARE). INSUMOS

NECESSÁRIOS. CAMA HOSPITALAR. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA (SÚMULA 83/STJ). AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. "A taxatividade do Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS, pacificada pela Segunda Seção ao examinar os EREsp nº 1.886.929/SP, não prejudica o entendimento há muito consolidado nesta Corte de que é abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (home care) como alternativa à internação hospitalar, por não configurar procedimento, evento ou medicamento diverso daqueles já previstos pela agência" (AgInt no AREsp 2.021.667/RN, Relatora Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 28/11/2022, DJe de 2/12/2022). 2. "A cobertura de internação domiciliar, em substituição à internação hospitalar, deve abranger os insumos necessários para garantir a efetiva assistência médica ao beneficiário; ou seja, aqueles insumos a que ele faria jus acaso estivesse internado no hospital, sob pena de desvirtuamento da finalidade do atendimento em domicílio, de comprometimento de seus benefícios, e da sua subutilização enquanto tratamento de saúde substitutivo à permanência em hospital" (REsp 2.017.759/MS, Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 14/2/2023, DJe de 16/2/2023). 3. Agravo interno a que se nega provimento." (AgInt no REsp n. 1.994.361/SP, rel. Min. Raul Araújo, Quarta Turma, j. 19/6/2023)

"RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. HOME CARE. INTERNAÇÃO DOMICILIAR SUBSTITUTIVA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR. INSUMOS NECESSÁRIOS AO TRATAMENTO DE

SAÚDE. COBERTURA OBRIGATÓRIA. CUSTO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR LIMITADO AO CUSTO DIÁRIO EM HOSPITAL. 1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 23/01/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 25/04/2022 e concluso ao gabinete em 10/08/2022. 2. O propósito recursal é decidir sobre a obrigação de a operadora do plano de saúde custear os insumos necessários ao tratamento médico da usuária, na modalidade de home care (internação domiciliar). 3. Nos termos da jurisprudência desta Corte, é abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (home care) como alternativa à internação hospitalar. Precedentes. 4. A cobertura de internação domiciliar, em substituição à internação hospitalar, deve abranger os insumos necessários para garantir a efetiva assistência médica ao beneficiário; ou seja, aqueles insumos a que ele faria jus acaso estivesse internado no hospital, sob pena de desvirtuamento da finalidade do atendimento em domicílio, de comprometimento de seus benefícios, e da sua subutilização enquanto tratamento de saúde substitutivo à permanência em hospital. 5. O atendimento domiciliar deficiente levará, ao fim e ao cabo, a novas internações hospitalares, as quais obrigarão a operadora, inevitavelmente, ao custeio integral de todos os procedimentos e eventos delas decorrentes. 6. Hipótese em que deve a recorrida custear os insumos indispensáveis ao tratamento de saúde da recorrente - idosa, acometida de tetraplegia, apresentando grave quadro clínico, com dependência de tratamento domiciliar especializado - na modalidade de home care, conforme a prescrição feita pelo médico assistente, limitado o custo do atendimento domiciliar por dia ao custo diário em hospital. 7. Recurso especial conhecido e provido.” (REsp n. 2.017.759/MS, rel.

Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, j. 14/2/2023)

Na mesma linha, tem decidido esta Corte em hipóteses semelhantes:

“Apelação. Plano de saúde. Home care. Autora com recomendação de atendimento domiciliar na modalidade home care. Operadora que defende ausência de cobertura contratual ao tratamento, pois não inserido no Rol da ANS. Inadmissibilidade. Tratamento que constitui substituto à internação hospitalar, sendo devida cobertura aos procedimentos que seriam prestados em caso de internação. Súmula 90 do TJSP. Lei 14.454/2022 que passou a estabelecer que o rol de procedimentos da ANS serve apenas como referência básica para os planos privados de saúde, afastando a alegação de taxatividade da lista. Cobertura do atendimento domiciliar devida, inclusive de fraldas. Precedentes. Dano moral. Caracterização. Negativa de cobertura a tratamento de doença coberta pelo plano de saúde que acarreta lesão a bem jurídico extrapatrimonial tutelado. Arbitramento da indenização em R\$ 10.000,00, valor compatível com as circunstâncias do caso, natureza da conduta e condição dos envolvidos. Recurso da autora provido, desprovido o da ré.” (Apelação Cível 1002704-53.2022.8.26.0048, rel. Des. Enéas Costa Garcia, 1ª Câmara de Direito Privado, j.15/09/2023)

“GRATUIDADE DA JUSTIÇA - Pedido de revogação do benefício concedido em favor da autora - Não

acolhimento - Ausência de indícios de falta dos pressupostos legais para a concessão da gratuidade da justiça. PLANO DE SAÚDE - Negativa de cobertura para home care - Abusividade configurada, pois o atendimento domiciliar da autora é necessário e insubstituível - Existência de expresse pedido médico - Parecer do NAT-JUS a confirmar a existência de indicação dos cuidados solicitados - Correta, portanto, a condenação da ré na obrigação de fornecer a respectiva cobertura, que deve abranger a cama hospitalar, o colchão hospitalar e a cadeira de rodas - DOS RECURSOS, PROVIDO O DA AUTORA E NÃO PROVIDO O DA RÉ.” (Apelação Cível 1003448-83.2021.8.26.0565, rel. Des. Elcio Trujillo, 10ª Câmara de Direito Privado, j. 31/07/2023)

“Agravado de instrumento – Plano de saúde – Ação de obrigação de fazer - Decisão que defere a concessão de home care, sob pena de multa diária de R\$ 2 mil, limitada a R\$ 10.000,00 - Inconformismo da ré – Desnecessidade de realização de perícia médica para concessão da tutela de urgência, sendo que a prova poderá ser realizada ao longo da instrução - Segurada com 86 anos de idade, diagnosticada com múltiplas comorbidades, que se encontra 100% acamada – Contrato anterior à Lei nº 9.656/98 – Aplicabilidade, contudo, do Código de Defesa do Consumidor – Presença dos requisitos do art. 300 do CPC – Relatório do médico assistente que confirma a necessidade do tratamento prescrito - Reversibilidade da medida – Julgamento do C. STJ nos EREspn.ºs 1886929/SP e 1889704/SP, acerca de que o rol da ANS é, em regra, taxativo, que admite exceções – Na hipótese, em cognição sumária, entende-se que o quadro clínico da

agravada se insere na possibilidade de afastamento do rol taxativo da ANS, diante da inequívoca necessidade de ser submetida ao tratamento domiciliar prescrito - Aplicação da Súmula 90 desta Corte - Fornecimento de medicamentos de uso domiciliar e itens de higiene pessoal que igualmente devem ser cobertos na esteira de recentes julgados do C. STJ (REsp 2.017.759/MS e REsp 2.058.088/SP) - Multa diária fixada que será mantida - Não provimento.” **(Agravado de Instrumento 2100401-70.2023.8.26.0000, rel. Des. Enio Zuliani, 4ª Câmara de Direito Privado, j. 12/06/2023)**

“*AGRAVO DE INSTRUMENTO. Plano de Saúde. Decisão que indeferiu a tutela de urgência para compelir a ré a providenciar o necessário ao tratamento "home care", sob o fundamento de não haver probabilidade do direito e nem risco à saúde da autora. Autora que padece de sequelas neurológicas e motoras decorrentes de acidente vascular cerebral, necessitando de continuidade do tratamento pelo sistema "home care" com os insumos, equipamentos e acompanhamentos médicos específicos, conforme prescrito pelos médicos assistentes. Presentes os requisitos autorizadores da concessão da tutela de urgência nos termos do artigo 300 do CPC. Aplicação da Súmula 90 deste Eg. Tribunal. Recurso a que se dá provimento.*” **(Agravado de Instrumento 2177111-34.2023.8.26.0000, rel. José Rubens Queiroz Gomes, 7ª Câmara de Direito Privado, j. 31/08/2023).**

Não há que excluir da cobertura, portanto, os medicamentos e insumos de que a autora necessita em *home*



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

care.

A sentença deve ser mantida.

Ante o exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao recurso da ré, majorados os honorários advocatícios para 12% do valor atualizado da causa.

CLAUDIO GODOY

relator