



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000365805

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1011624-77.2024.8.26.0005, da Comarca de São Paulo, em que é apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, são apelados JOANA DE OLIVA DIAS e LUIZ CARLOS FERREIRA DIAS.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento ao recurso do autor, prejudicado o do réu. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente sem voto), ENIO ZULIANI E ALCIDES LEOPOLDO.

São Paulo, 14 de abril de 2025.

VITOR FREDERICO KÜMPEL

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Voto: 10808

Apelação Cível: 1011624-77.2024.8.26.0005

Apelante/apelada: Notre Dame Intermédica Saúde S.A.

Apelada/apelante: Joana de Oliva Dias

Origem: Foro Regional V - São Miguel Paulista - 3ª Vara Cível

Juiz sentenciante: Dr. Henrique Maul Brasílio De Souza

EMENTA: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER E INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. RECURSOS PARCIALMENTE PROVIDOS.

I. Caso em Exame. 1. Ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais, onde a autora, após sofrer dois AVCs, busca a condenação da ré ao custeio de tratamento home care, incluindo insumos e medicamentos, além de indenização por danos morais devido à negativa de cobertura pelo plano de saúde.

II. Questão em Discussão. 2. A questão em discussão consiste em (i) a obrigatoriedade do plano de saúde em custear tratamentos indicados por prescrição médica, e (ii) a caracterização de danos morais pela negativa de cobertura.

III. Razões de Decidir. 3. A negativa de cobertura pelo plano de saúde, diante de expressa indicação médica, é considerada abusiva, conforme Súmula 90 do TJSP e artigo 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor. 4. A conduta da ré causou sofrimento exacerbado à autora, configurando dano moral indenizável, com nexo de causalidade entre a negativa de cobertura e o sofrimento experimentado.

IV. Dispositivo e Tese. 5. Nego provimento ao recurso da ré e dou provimento parcial ao recurso da autora, apenas para incluir os valores correspondentes aos gastos posteriores à propositura da ação. Tese de julgamento: 1. A cláusula de exclusão de cobertura de home care é abusiva quando há indicação médica expressa. 2. A negativa de cobertura de tratamento médico necessário configura dano moral indenizável.

Vistos.

Trata-se de recursos de apelação interpostos contra a r.

sentença de fls. 344/354 que julgou parcialmente procedente o pedido formulado nesta “*Ação de Obrigação de Fazer c/c Indenização por Danos Morais*”, nas seguintes linhas: “*JULGO PROCEDENTE EM PARTE a ação para condenar a ré: (1) na obrigação de fazer consistente no custeio e cobertura do tratamento home care, incluindo os acompanhamentos, insumos e medicamentos indicado nos relatórios médicos de fl. 28 e 31, nos termos da fundamentação. Confirmo, nessa extensão, a tutela provisória de urgência (fls. 178/181); (2) na obrigação de ressarcir a parte autora pelas despesas arcadas na modalidade particular, na forma e limites expostos no capítulo “B” desta Sentença. O valor será atualizado monetariamente desde cada desembolso, acrescendo-se juros legais moratórios contados da citação; (3) a pagar à requerente indenização por danos materiais no valor equipolente a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), corrigido monetariamente a partir da presente decisão e acrescido de juros legais moratórios devidos desde o protocolo de fl. 185 (20/05/2024), à míngua de comprovação da data da recusa da operadora (Súmula 362/STJ).*”

Insurge-se a ré (fls. 366/386), alegando, preliminarmente, que houve cerceamento de defesa diante do indeferimento de prova pericial. No mérito, que não houve conduta ilícita, já que agiu respaldada em limites leais, normativos e contratuais, sendo que os pedidos violam direitos individuais homogêneos. Sustenta que não é obrigada a custear atividades de cuidador. Tece considerações acerca da diferença entre atenção domiciliar e internação domiciliar. Afirma que não existe real necessidade dos serviços médicos pela apelada, conforme tabela de pontos do NEAD. Por fim, aduz a inexistência de danos morais na medida em que a recusa é legítima. Requereu a anulação da r. sentença com o retorno à fase instrutória, pleiteando, subsidiariamente, pelo provimento do recurso para que o feito seja julgado totalmente improcedente.

Apela, também, a autora, sob o fundamento de que foi extremamente grave a violação à sua dignidade, pedindo a majoração dos valores indenizatórios fixados para o patamar de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), quantia que reputa razoável à luz do caráter punitivo e pedagógico da medida. Postula, ainda, pela inclusão dos valores correspondentes aos gastos posteriores à propositura da

ação na cobrança, para além daqueles lançados nas planilhas de fls. 74/77 e pelo fornecimento de cama hospitalar motorizada, em razão de sua maior adequação às condições clínicas da paciente e à atuação dos profissionais responsáveis por seu cuidado. Por fim, defende a majoração da multa diária fixada e o afastamento de seu limite temporal, uma vez que a ré ainda não teria cumprido suas obrigações.

Contrarrazões às fls. 418/431.

Recursos tempestivos; o da ré preparado, e o da autora dispensado de preparo, tendo em vista a gratuidade processual.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

Cuida-se de ação de obrigação de fazer, na qual a autora, que conta com oitenta e seis anos de idade, sofreu dois acidentes vasculares cerebrais (AVC), com graves sequelas, e estava em atendimento hospitalar, do qual recebeu alta, com a prescrição de tratamento em *home-care*. Todavia, as condições não eram suficientes para garantir-lhe o atendimento necessário, conforme recomendações médicas acostadas às fl. 28, no Relatório Médico.

A r. sentença de fls. 344/354 julgou procedente em parte o pedido inicial para condenar a ré a fornecer o tratamento nos limites do que foi indicado no relatório médico.

In casu, a controvérsia cinge-se à ocorrência ou não de cerceamento de defesa, ao fornecimento do tratamento domiciliar, conforme recomendação médica, aos danos morais e à multa diária.

Inicialmente, a tese de cerceamento de defesa não se sustenta na medida em que lide comportava o julgamento antecipado, nos termos do artigo 355, inciso I do Código de Processo Civil, haja vista que a questão controvertida nos autos é iminentemente de direito, mostrando-se suficientes os

elementos de conhecimento já disponíveis, para dirimir as questões de fato suscitadas, como bem decidiu o juízo de origem.

Ademais, o Excelso Supremo Tribunal Federal já de há muito se posicionou no sentido de que a necessidade de produção de prova há de ficar evidenciada para que o julgamento antecipado da lide implique em cerceamento de defesa. A antecipação é legítima se os aspectos decisivos da causa estão suficientemente líquidos para embasar o convencimento do magistrado (RTJ 115/789).

Os elementos dos autos dispensam a produção de prova pericial para o justo deslinde da questão, nem deixam margem de dúvida. Por outro lado, "o julgamento antecipado da lide, por si só, não caracteriza cerceamento de defesa, já que cabe ao magistrado apreciar livremente as provas dos autos, indeferindo aquelas que considere inúteis ou meramente protelatórias" (STJ.- 3ª Turma, Resp 251.038/SP, j. 18.02.2003 , Rel. Min. Castro Filho).

Sobre o tema, já se manifestou inúmeras vezes o Colendo Superior Tribunal de Justiça, no exercício de sua competência constitucional de Corte uniformizadora da interpretação de lei federal:

“AGRAVO REGIMENTAL - AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO MONITÓRIA - CHEQUES PRESCRITOS - PRODUÇÃO DE PROVA - CERCEAMENTO DE DEFESA - REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO - IMPOSSIBILIDADE - SÚMULA 7/STJ - CAUSA DEBENDI - PROVA - DESNECESSIDADE - DECISÃO AGRAVADA MANTIDA - IMPROVIMENTO. I - Sendo o magistrado o destinatário da prova, e a ele cabe decidir sobre o necessário à formação do próprio convencimento. Desse modo, a apuração da suficiência dos elementos probatórios que justificaram o indeferimento do pedido

de produção de provas demanda reexame do conjunto fático-probatório, providência vedada pela Súmula 7/STJ. II - O Acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte, no sentido de que é desnecessário que o credor comprove a causa debendi do cheque prescrito que instrui a ação monitória. III - O Agravo não trouxe nenhum argumento novo capaz de modificar a conclusão alvitrada, a qual se mantém por seus próprios fundamentos. Agravo Regimental improvido. (AgRg no Ag 1376537/SC, Rel. Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, julgado em 17/03/2011, DJe 30/03/2011).

A mesma orientação é afirmada pelo Egrégio Tribunal de Justiça Paulista: "O Juiz somente está obrigado a abrir a fase instrutória se, para o seu convencimento, permaneceram os fatos controvertidos, pertinentes e relevantes, passíveis de prova testemunhal ou pericial" (JUTACSP – Lex 140/285, Rel. Des. Boris Kauffman), o que não ocorre no caso concreto, sem que caiba a anulação da bem lançada decisão para abertura da fase de instrução processual.

Pois bem.

Conforme se verifica dos autos, a autora é beneficiária do plano de saúde operado pela requerida, sendo incontroversa a existência de relação jurídica entre as partes.

O contrato em questão submete-se às regras do Código de Defesa do Consumidor, consoante o disposto na 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”*, de modo que a parte contratante é hipossuficiente em relação à parte requerida, merecendo a proteção consumerista. Disso resulta que não podem prevalecer cláusulas contratuais que tragam ao consumidor desvantagem excessiva, devendo as cláusulas ser interpretadas da maneira mais favorável ao consumidor (art. 47).

Notório que o serviço de saúde domiciliar não só se destaca por atenuar o sofrimento do paciente, pois assistido com mais conforto e solidariedade humana, bem como afasta os riscos de infecções e doenças hospitalares, assim como indicado pelo próprio atendimento médico do plano.

Na hipótese, os relatórios médicos comprovam a situação de saúde da autora que necessita de serviços de enfermagem em período integral, fisioterapia, fonoaudióloga, dentista, e nutricionista, o que foi expressamente designado pela Dra. Ana Carolina Ferreira Madureira, ao que se colhe às fl. 28, vide:

“A paciente necessita ser mantida em cama hospitalar, sem perspectiva de reabilitação para a vida cotidiana, sendo totalmente dependente de atendimento de técnica de enfermagem 24h, fisioterapia motora e respiratória com sessões de 60 minutos, 5 x por semana, fonoaudióloga com sessões de 60 minutos 2x por semana, dentista uma vez por mês, nutricionista com sessão 1 x por mês, visita médicas mensais, na modalidade home care por tempo indeterminado para manutenção e qualidade de vida.

A paciente faz uso contínuo dos seguintes medicamentos: Levotiroxina 100mg uma vez ao dia em jejum, Cloridrato de Ciclobenzaprina 5mg um comprimido a noite, Enalapril 5mg um comprimido de 12/12h, Atorvastatina 20mg um comprimido uma vez ao dia, Esomeprazol magnésio 40mg uma vez ao dia em jejum, Baclofeno 10mg uma vez a noite, Xínofoato de Salmeterol Propionato de Fluticasona 25mcg + 125mcg dois puffs duas vezes ao dia, Sulfato de Salbutamol 100mg, dois puffs duas vezes ao dia, Simeicona 15 gotas de 8/8h.

A paciente faz uso de fraldas geriátricas, com trocas 5

vezes ao dia, lenços umedecidos para banho de higiene e se alimenta por meio de sonda nasoenteral normocalórica e isenta de glúten e lactose suficiente para 200ml em 5 vezes ao dia, sendo 1000ml por dia, totalizando 30000 litros por mês, ministrado por meio de frasco e mangueira de equipo.).

O plano de saúde da autora tem cobertura para as doenças que a acometem, razão pela qual são inválidas quaisquer limitações estabelecidas pela operadora, posto que necessários ao restabelecimento da paciente e ao seu bem-estar, devendo ser cobertos integralmente os serviços profissionais, na forma prescrita pelos médicos e profissionais especializados, considerando-se a residência, nestas circunstâncias, como mera extensão, para tal fim (REsp 1662103/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 11/12/2018, DJe 13/12/2018).

A recusa da ré em fornecer a cobertura do atendimento nos termos prescritos pela médica, fundada na alegação de que a internação domiciliar como pretendida não está prevista contratualmente, não pode prosperar, pois a cláusula restritiva ofende o princípio da razoabilidade, caracterizando, assim, a abusividade descrita pelo art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor, por instituir uma desvantagem exagerada ao consumidor, além de obrigações incompatíveis com a boa-fé e a equidade.

Entendimento contrário implicaria negar a própria finalidade do contrato, que é assegurar a vida e a saúde do usuário do plano

Outrossim, a negativa de cobertura por não constar do rol das coberturas obrigatórias, igualmente, não pode prosperar, revelando-se também abusiva e iníqua, mesmo que livremente pactuadas, estando esta questão sumulada por este Tribunal de Justiça, consoante as Súmulas 90 e 102:

“Súmula 90: 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 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”.*

Destarte, resta evidente que a negativa de cobertura contratual dos procedimentos indicados pela médica viola ambas as súmulas supracitadas.

Nessa linha, precedente deste E. TJSP:

“AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PLEITO DE TUTELA ANTECIPADA. Plano de saúde. Coautora que sofreu AVC necessitando de home care. Negativa da ré. Sentença de procedência parcial. Negativa de cobertura de tratamento de home care, sob a alegação de expressa exclusão contratual de procedimentos e atendimentos domiciliares. Afirma não fornecimento de enfermeiro para fins diversos, bem como impossibilidade de custeio de medicamentos, insumos e materiais de higiene, e equipamentos de proteção individual. Inadmissibilidade. Abusividade que afronta ao CDC. Cobertura devida. Aplicação da Lei 9.656/98. Função social do contrato. Emprego da Súmula 90 desta E. Corte. Sentença que, todavia, apenas concedeu os tratamentos e com a devida ponderação e que merece manutenção. Majoração da verba honorária em observação ao artigo 85, § 11, do Código de Processo Civil. Recurso improvido. (TJSP; Apelação Cível 1004786-53.2022.8.26.0405; Relator (a): Fábio Quadros; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de

Osasco - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 04/05/2023;
Data de Registro: 04/05/2023)”

Oportuno esclarecer, ainda, que não se desconhece o teor do julgamento dos recursos especiais n. 1886929/SP e 1889704/SP que, por maioria de votos, considerou taxativo o rol de procedimentos estabelecido pela ANS.

No entanto, a questão restou superada como advento da Lei 14.454/22, cuja vigência iniciou-se a partir da publicação, em 21/9/22, para impor alterações na Lei nº 9.656/98, consignando expressamente que o Rol da ANS não é taxativo, constituindo apenas *“referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados”*, dispondo o quanto segue:

“§ 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.” (g.n.)

Além disso, cumpre mencionar o parecer técnico da ANS no sentido de possibilitar o fornecimento de Serviços de Atenção Domiciliar SAD pelas operadoras/seguradoras de saúde:

“Destaca-se que, na saúde suplementar, os Serviços de Atenção Domiciliar - SAD, na modalidade de internação domiciliar podem ser oferecidos pelas operadoras como alternativa à internação hospitalar. Somente o médico assistente do beneficiário poderá determinar se há ou não indicação de internação domiciliar em substituição à internação hospitalar e a operadora não pode suspender uma internação hospitalar pelo simples pedido de internação domiciliar. Caso a operadora não concorde em oferecer o serviço de internação domiciliar, deverá manter o beneficiário internado até sua alta hospitalar” (https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer_tecnico_no_05_2021_atencao_domiciliar_-_home_care.pdf)

Dessa forma, é obrigatória a cobertura e o tratamento de *home care* conforme prescrito.

O atendimento em ambiente domiciliar pode envolver uma multiplicidade de serviços e profissionais de variadas áreas, como médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos em enfermagem, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, e deve ser prestado de acordo com as necessidades, modo e tempo adequados ao paciente, conforme prescrição da médica assistente,

inclusive com o fornecimento de medicamentos, nutrição enteral, fraldas e equipamentos, como se a paciente estivesse internada em ambiente hospitalar.

E nesse sentido, muito bem consignou o MMº Juiz Sentenciante, ao analisar cada item do pedido individualmente:

Pedido formulado: “2. Deferir a TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA, para que a parte RÉ seja compelida a fornecer o serviço de atendimento domiciliar/home care (...)”: Análise: consta do relatório médico de fl. 28 [...]. O pedido encontra ressonância na súmula nº 90 do E. Tribunal de Justiça: “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”. Procedente.

Pedido formulado: “(...) para que: a) disponibilize o fornecimento contínuo e permanente da estrutura necessária de acessibilidade de atendimento domiciliar por meio de 01(um) técnico de enfermagem pelo período de 24 horas (...)”. Análise: consta do relatório médico de fl. 28 que “A paciente necessita ser mantida em cama hospitalar, sem perspectiva de reabilitação para a vida cotidiana, sendo totalmente dependente de atendimento de técnica de enfermagem 24h (...)”. A situação peculiar da idosa, ora autora, evidenciada pelas fotografias acostadas aos autos (v.g., fls. 36, 39, 41, 43), demonstra a pertinência da prescrição médica. Como ponderado pela operadora, o serviço home care não só beneficia o paciente, que estará próximo da família e longe das externalidades próprias da internação, mas também ao plano de saúde, que deixa de arcar com as elevadas despesas hospitalares. Deve,

portanto, garantir que o segurado receba, com adaptações, todos os serviços que teria naquele ambiente. [...] Procedente.

Pedido formulado: “(...) b) Fonoaudiologia, 03 (três) vezes por semana, para evitar riscos como a bronco-aspiração e suas consequências (...)”. Análise: consta do relatório médico de fl. 28 “(...) fonoaudióloga com sessões de 60 minutos 2x por semana (...)”. [...] Procedente em parte, porque a autora pleiteia o atendimento por três vezes na semana, porém a prescrição médica recomenda duas.

Pedido formulado: “(...) c) acompanhamento com dentista a cada 12 meses (...)”. Análise: consta do relatório médico de fl. 28 “(...) dentista uma vez por mês (...)” [...] Procedente nos limites do pedido.

Pedido formulado: “(...) d) Cama hospitalar motorizada (...)”. Análise: consta do relatório médico de fl. 28 que “A paciente necessita ser mantida em cama hospitalar (...)”. [...] Procedente em parte, apenas para excluir que a cama seja motorizada, que não consta da prescrição médica.

Pedido formulado: “(...) e) fraldas, medicações de uso contínuo entre outros que se façam necessário de acordo com a evolução clínica (...)”. Análise: consta do relatório médico de fl. 28 que “A paciente faz uso contínuo dos seguintes medicamentos: (...). A paciente faz uso de fraldas geriátricas, com trocas 5 vezes ao dia, lenços umedecidos para banho de higiene (...)”. [...] Procedente.

Pedido formulado: “(...) f) liberação de refeições do

acompanhante imediatamente a internação; g) horários e prestação regular de atendimento ao paciente Joana; h) realize e elabore o 'Plano de Cuidado', via equipe multidisciplinar em favor do paciente (...)". *Análise: conforme explicitado na decisão de fls. 178/181, “não há indícios de exista previsão de cobertura contratual para os seguintes pedidos: liberação de refeições do acompanhante imediatamente a internação, horários e prestação regular de atendimento ao paciente Joana e elaboração de 'Plano de Cuidado', via equipe multidisciplinar. Registre-se que não há qualquer recomendação neste sentido no relatório médico de fls. 28, razão pela qual, os referidos pleitos devem ser indeferidos” (fl. 180). Ao longo do processo, não foram apresentados elementos que contrariem a conclusão. Improcedente.*

Pedido formulado: “(...) 3 Requer, que a Requerida não se abstenha de dar continuidade à prestação que vem sendo efetuada, tais como: fornecimento de insumos para alimentação enteral com frascos e equipo (...)”. *Análise: consta do relatório médico de fl. 28 que “A paciente (...) se alimenta por meio de sonda nasoenteral normocalórica e isenta de glúten e lactose suficiente para 200ml em 5 vezes ao dia, sendo 1000ml por dia, totalizando 30000 litros por mês, ministrado por meio de frasco e mangueira de equipo (...)”*. [...] *Procedente.*

Pedido formulado: “(...) 3 Requer, que a Requerida não se abstenha de dar continuidade à prestação que vem sendo efetuada, tais como: fornecimento de (...)

insumos para curativos (fita micropore, soro, gaze, sonda de aspiração traqueal) (...)”. Análise: com exceção da gaze (selecionada no relatório médico de fl. 31), não consta dos autos prescrição médica para os insumos indicados no excerto acima reproduzido. Não há, por exemplo, nas fotografias acostadas aos autos indicação de que a autora faça uso de sonda de aspiração traqueal (v.g., fl. 43). O indeferimento deste pedido, obviamente, NÃO autoriza a ré NOTREDAME a privar a paciente desses insumos, caso haja prescrição médica atual ou futura. Trata-se, aqui, de avaliação dos pedidos constantes da peça vestibular, tal qual formulados e que, nesse específico ponto, não encontram respaldo em prescrição médica. Ao longo do processo, não foram apresentados elementos que contrariem a conclusão. Procedente em parte, deferindo-se o pedido tão-somente quanto ao fornecimento de gaze.

Pedido formulado: “(...) visita domiciliar mensal da enfermeira (...)”. Análise: não consta dos autos prescrição médica exigindo visita domiciliar mensal de enfermeiro. O indeferimento deste pedido, obviamente, NÃO autoriza a ré NOTREDAME a privar a paciente desse atendimento, caso haja prescrição médica atual ou futura (ou se a atividade a ser desempenhada seja privativa de enfermeiro). Trata-se, aqui, de avaliação do pedido constante da peça vestibular, tal qual formulado e que, nesse específico ponto, não encontra respaldo em prescrição médica. Ao longo do processo, não foram apresentados elementos que contrariem a conclusão. Improcedente.

Pedido formulado: “(...) fisioterapia motora e respiratória, sendo 05 (cinco) vezes na semana, alocação do concentrador de oxigênio, cilindro de oxigênio emergencial (...)”. Análise: consta do relatório médico de fl. 28 “(...) fisioterapia motora e respiratória com sessões de 60 minutos, 5 x por semana (...)”. Quanto ao concentrador de oxigênio e cilindro emergencial, foi especificado no laudo que a autora faz uso de “oxigênio domiciliar”. [...] Procedente.

Pedido formulado: “(...) serviços de remoção com ambulância e equipe de enfermagem (...)”. Análise: não consta dos autos prescrição médica exigindo a manutenção de serviço de remoção com ambulância e equipe de enfermagem. O indeferimento deste pedido, obviamente, NÃO autoriza a ré NOTREDAME a privar a paciente desse atendimento, caso haja prescrição médica atual ou futura. Trata-se, aqui, de avaliação do pedido constante da peça vestibular, tal qual formulado e que, nesse específico ponto, não encontra respaldo em prescrição médica. Ao longo do processo, não foram apresentados elementos que contrariem a conclusão. Improcedente.

Houve negativa pela ré sob a alegação de que os serviços, insumos e medicamentos não constariam do contrato, tampouco no rol da ANS para fins de cobertura obrigatória, contrariando o entendimento já consolidado em sede jurisprudencial, notadamente diante da comprovação da vinculação da enfermidade ao tratamento home care da doença diagnosticada.

Assim sendo, a ausência de cobertura ao tratamento

médico prescrito e fundamentado fere a própria natureza do contrato, em afronta ao disposto no art. 51, § 1º, II, do Código de Defesa do Consumidor. (fls. 345/352).

Logo, em que pese a pretensão da autora de obter o fornecimento de cama hospitalar motorizada, ela não deve prosperar, porquanto o laudo médico não traz nenhuma especificidade quanto à motorização, limitando-se a dizer que a paciente deve ser mantida em cama hospitalar.

Cumprе ressaltar que, em sede de apelação, apenas assiste razão à autora a discussão a respeito da cobrança de valores posteriores à propositura da ação, que lhe devem ser ressarcidos pela operadora, uma vez que é, em verdade, a responsável por tais custos.

No tocante ao pleito indenizatório, entendo ter havido dano moral, em razão do descumprimento reiterado da operadora de saúde a ordens judiciais diretas, como liminares, e ao ordenamento jurídico como um todo, causando elevado sofrimento à paciente de idade avançada em difícil situação de saúde.

A conduta lesiva, indicando o vício na prestação de serviços, o resultado danoso (abalo emocional) e o nexo de causalidade, permite concluir pelo dever de indenizar do réu.

O valor da indenização por danos morais não pode representar uma premiação à vítima, destinando-se à justa compensação pelos danos experimentados, não podendo caracterizar enriquecimento sem causa, vedado pelo ordenamento jurídico. Não deve, ademais, mostrar-se ínfimo a ponto de não indenizar condignamente o atingido, devendo adequar-se à gravidade do fato e suas consequências.

No caso dos autos, considerando os princípios da razoabilidade e proporcionalidade, considera-se como adequado o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) arbitrado pelo magistrado *a quo*, com as correções de praxe, não cabendo majorar tal montante como pretende a requerente, tampouco deixar de aplicá-lo como pretende a requerida.

Também é acertado o valor da multa diária, que não deixa de ter seu condão pedagógico, devendo eventuais recusas serem aferidas em sede de descumprimento.

Nesse sentido, julgados recentes deste E. Tribunal de Justiça Bandeirante:

“DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. RECURSO NÃO PROVIDO. I. Caso em Exame Ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais, onde a parte autora busca a condenação da ré a autorizar e custear tratamentos médicos necessários, incluindo método Therasuit, dieta Frebini Energy Fibre 1.5 e insumos de home care, além de indenização por danos morais devido à negativa de cobertura pelo plano de saúde. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em (i) a obrigatoriedade do plano de saúde em custear tratamentos indicados por prescrição médica, e (ii) a caracterização de danos morais pela negativa de cobertura. III. Razões de Decidir 3. A negativa de cobertura pelo plano de saúde, diante de expressa indicação médica, é considerada abusiva, conforme Súmula 90 do TJSP e artigo 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor. 4. A conduta da ré causou sofrimento exacerbado à autora, configurando dano moral indenizável, com nexo de causalidade entre a negativa de cobertura e o sofrimento experimentado. 5. O valor fixado a título de danos morais é razoável e proporcional, não consistindo em enriquecimento sem causa à parte autora. IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso não provido. Tese de julgamento: 1. A cláusula de

exclusão de cobertura de home care é abusiva quando há indicação médica expressa. 2. A negativa de cobertura de tratamento médico necessário configura dano moral indenizável. Legislação Citada: Código de Defesa do Consumidor, art. 51, IV; Código de Processo Civil, art. 85, § 11. Jurisprudência Citada: TJSP, Apelação Cível 1024952-85.2021.8.26.0003, Rel. Alcides Leopoldo, 4ª Câmara de Direito Privado, j. 24.01.2024; TJSP, Apelação Cível 1004888-61.2016.8.26.0704, Rel. Theodureto Camargo, 8ª Câmara de Direito Privado, j. 13.03.2019; REsp 1.243.632/RS, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, DJe 17.09.2012. (TJSP; Apelação Cível 1014332-89.2023.8.26.0020; Relator (a): Marcia Dalla Déa Barone; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/03/2025; Data de Registro: 19/03/2025)”

“DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. SEGURO SAÚDE. PROCEDÊNCIA DO RECURSO DA AUTORA E DESPROVIMENTO DA APELAÇÃO DA OPERADORA. I. Caso em Exame A autora, menor e beneficiária de seguro saúde, diagnosticada com Síndrome de Patau, Cardiopatia Congênita e dependente de ventilação mecânica, requer cuidados em Home Care, negados pela operadora. Busca-se compelir a operadora a fornecer o atendimento prescrito, com urgência, e indenização por dano moral. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em: (i) a necessidade de atendimento domiciliar em Home Care, mesmo não constando no rol da ANS; (ii) a alegação de cerceamento de defesa pela não realização de prova

pericial; (iii) a majoração do valor da indenização por dano moral. III. Razões de Decidir 3. Não há cerceamento de defesa quando o julgador considera desnecessária a produção de prova, havendo elementos suficientes nos autos. 4. O Código de Defesa do Consumidor aplica-se aos contratos de plano de saúde, sendo inválidas limitações impostas pela operadora quando há cobertura da doença e prescrição médica. 5. A recusa injusta de cobertura de seguro saúde gera dano moral, agravando a situação de aflição do segurado. IV. Dispositivo e Tese 5. Dá-se provimento à apelação da autora e nega-se provimento ao recurso da ré, majorando-se a indenização por dano moral para R\$ 10.000,00 e os honorários advocatícios para 20% do valor atualizado da condenação. Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura de Home Care, quando prescrito, é abusiva. 2. A recusa injusta de cobertura gera dano moral. Legislação Citada: CF/1988, art. 5º, XXXVI e LV; CPC/2015, arts. 115, I, 332, 355, I, 373, I, 440 a 443, 85, § 11; Lei 9.656/98, art. 10, § 4º; Lei 9.961/00. Jurisprudência Citada: STJ, AgRg no AREsp 355.688/DF, Rel. Min. Humberto Martins, Segunda Turma, j. 24.09.2013; STJ, REsp 668.216/SP, Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito, Terceira Turma, j. 15.03.2007; STJ, REsp 1662103/SP, Rel. Min. Nancy Andrichi, Terceira Turma, j. 11.12.2018. (TJSP; Apelação Cível 1003041-81.2024.8.26.0562; Relator (a): Alcides Leopoldo; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santos - 11ª Vara Cível; Data do Julgamento: 28/02/2025; Data de Registro: 28/02/2025)”

“DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE.

HOME CARE. DANO MORAL. I. CASO EM EXAME. Ação ajuizada por A. L. U. contra U. P. C. T. M., visando o fornecimento de tratamento médico-hospitalar na modalidade home care e indenização por danos morais. A sentença de primeira instância julgou parcialmente procedentes os pedidos, condenando a requerida ao fornecimento do tratamento e ao pagamento de R\$ 10.000,00 por danos morais. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO. A questão em discussão impõe a análise da legalidade da negativa de atendimento domiciliar e da razoabilidade do valor da indenização por danos morais, considerando-se a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. III. RAZÕES DE DECIDIR. Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor, conforme Súmula nº 608 do STJ, devido à não adaptação do contrato à Lei nº 9.656/98. A recusa indevida de tratamento home care, com indicação médica, caracteriza dano moral, não se tratando de mero aborrecimento, especialmente considerando-se a idade avançada e a condição de saúde da autora. IV. DISPOSITIVO. Nega-se provimento ao recurso, mantendo-se a sentença. Majoração dos honorários de sucumbência para 15% do valor atualizado da condenação. Legislação Citada: Código de Defesa do Consumidor (CDC), art. 51, IV c/c §1º, I e II. Código de Processo Civil (CPC), art. 85, § 2º, § 8º, § 11. Jurisprudência Citada: TJSP, Apelação Cível 1141170-65.2022.8.26.0100, Rel. Rodolfo Pellizari, 6ª Câmara de Direito Privado, j. 01.11.2023. TJSP, Apelação Cível 1009555-83.2021.8.26.0003, Rel. Ana Maria Baldy, 6ª Câmara de Direito Privado, j.

06.04.2022. (TJSP; Apelação Cível
1008232-28.2023.8.26.0438; Relator (a): Maurício
Velho; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado;
Foro de Penápolis - 1ª Vara; Data do Julgamento:
20/02/2025; Data de Registro: 21/02/2025)”

Assim, resta evidente que a negativa da requerida se faz abusiva e ilegal, de modo que a sentença recorrida deve ser mantida, inclusive no tocante aos danos morais.

Considerando a existência de precedentes das Cortes Superiores que vêm apontando a necessidade do prequestionamento explícito dos dispositivos legais ou constitucionais supostamente violados, a fim de se evitar eventuais embargos de declaração apenas para tal finalidade, por falta de sua expressa remissão no acórdão, ainda que examinados implicitamente, dou por prequestionados os dispositivos legais e/ou constitucionais suscitados pelas partes.

Por todo o exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso da ré e **DOU PROVIMENTO PARCIAL** ao recurso da autora, apenas para incluir os valores correspondentes aos gastos posteriores à propositura da ação, majorando os honorários advocatícios para 15% (quinze por cento) sobre o valor atualizado da condenação, nos termos do art. 85, §11, do Código de Processo Civil.

VITOR FREDERICO KÜMPEL
Relator(a)
Assinatura Eletrônica