



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000377206

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1019523-27.2023.8.26.0114, da Comarca de Campinas, em que é apelante/apelado ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, é apelada/apelante ROSANGELA APARECIDA DOS SANTOS STENICO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual do Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma II (Direito Privado 1) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento ao recurso da autora e deram provimento em parte ao recurso da ré. V.U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores TASSO DUARTE DE MELO (Presidente sem voto), JOSÉ PAULO CAMARGO MAGANO E JOÃO BATTAUS NETO.

São Paulo, 16 de abril de 2025.

GUILHERME SANTINI TEODORO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação nº 1019523-27.2023.8.26.0114

Apelantes e reciprocamente apelados: Associação de Saúde Portuguesa de Beneficência e Rosângela Aparecida dos Santos Stenico

Voto nº 4907

PLANO DE SAÚDE. Cobertura a tratamento e medicamentos e reembolso de valores. Fonoaudiologia, nutricionista e fisioterapia motora respiratória com urgência devido a AVC ("home care") e cobertura de medicamentos. Sentença de procedência. Recursos das partes. Necessidade de tratamento domiciliar. Cobertura devida. Aplicação da Súmula nº 90 deste Tribunal de Justiça. Medicamentos de uso domiciliar e não antineoplásico. Custeio indevido pela operadora. Cobertura devida para medicação assistida ("home care"). Precedentes do Superior Tribunal de Justiça. Valor da reparação por danos morais bem arbitrado (R\$ 5.000,00). Recurso da ré provido em parte. Apelação da autora desprovida.

Da respeitável sentença de relatório adotado de procedência de ação cominatória e indenizatória por danos materiais e morais as partes apelam, de um lado a ré a alegar ausência de previsão legal para cobertura de tratamento "home care", prescrição médica não é título executivo extrajudicial, inviável custeio pelo plano de saúde de medicamentos de uso domiciliar e sem cobertura pelo rol da ANS e requerimento de redução da honorária e, de outro, a autora, de forma adesiva, a pedir majoração do valor da compensação por danos morais arbitrada em R\$ 5.000,00.

Recursos tempestivos, preparado apenas o da ré porque a autora é beneficiária da gratuidade e respondidos.

É o relatório.

Segundo a petição inicial e emenda, em 26/12/2022, a autora sofreu AVC, com internação até 9/3/2023, e, em consequência, enfrenta dificuldades motoras e de comunicação. Foram prescritos, com urgência, tratamentos de fisioterapia, fonoaudiologia e acompanhamento nutricional domiciliar, os quais foram negados pelo plano de saúde. Requer seja a ré compelida a fornecer os profissionais para atendimento domiciliar, bem como exames, consultas e medicamentos, além de indenização por danos morais no valor de R\$ 50.000,00 e reembolso de despesas no valor de R\$ 789,76.

A respeitável sentença julgou os pedidos procedentes, nos seguintes termos: “*Ante o exposto, **JULGO PROCEDENTE** o pedido da autora, com extinção do feito nos termos do art. 487, I, Código de Processo Civil, confirmando a tutela anteriormente concedida, para condenar a requerida: i) à prestação dos serviços de “home care” e o fornecimento de todos os medicamentos requeridos pelo médico e não fornecidos pelo SUS, conforme prescrição médica, sendo permitidas inevitáveis variações de modo a adequá-los aos resultados que forem sendo obtidos e às novas condições apresentadas, sempre mediante a apresentação de relatório médico circunstanciado; ii) ao reembolso dos valores gastos, no importe de R\$ 789,76, com acréscimos de correção monetária e juros de mora de 1% ao mês, ambos desde o efetivo desembolso; e, iii) ao pagamento a título de danos morais em R\$ 5.000,00, acrescidos de correção monetária e juros de mora de 1% ao mês, ambos desde a presente data.*” (destaque original).

Cinge-se a controvérsia à obrigatoriedade de cobertura de tratamento na modalidade *home care*, obrigatoriedade ou não de fornecimento de medicamentos e valor da reparação por danos morais.

A médica da autora prescreveu tratamentos de fonoaudiologia, nutricionista e fisioterapia motora respiratória com urgência (fls. 37 ou 41), devido AVC, conforme relatórios médicos a fls. 37/8 ou 41/2, e a ré negou cobertura sob o fundamento de exclusão contratual.

Sem razão a ré.

Cabe ao médico especialista, que conhece o quadro clínico de seu paciente, prescrever o tratamento mais indicado e a doença é coberta.

A escolha do tratamento é atribuição do médico assistente e não da operadora. Não se admite prejuízo à livre atuação do profissional, ética e juridicamente responsável pelo exercício da sua arte e ciência.

Na prescrição médica, está expressa a necessidade da paciente de acompanhamento domiciliar (*home care*) (fls. 44).

Dessa forma, o tratamento prescrito (*home care*) deve ser coberto, reputando-se abusiva cláusula contratual em contrário.

A não ser assim, o consumidor estaria submetido a situação excessivamente onerosa em detrimento do seu direito fundamental, garantido pelo contrato, de proteção eficaz à saúde (art. 51, IV, § 1º, II e III do CDC).

Assim, de rigor o reconhecimento da obrigação de a ré cobrir o tratamento, em ambiente domiciliar, até liberação médica. Conforme Súmula 90 deste 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*”.

Nesse sentido, “*PLANO DE SAÚDE Fornecimento de tratamento e medicamentos Autor deficiente visual bilateral, portador de diabetes mellitus do tipo I, transplantado de pâncreas e rim, com sequela por infarto de medula óssea, hemiparesia à esquerda e redução da força muscular à direita e sem possibilidade de urinar espontaneamente Sondagem vesical realizada pela esposa treinada Necessidade de fisioterapia motora domiciliar e material e medicamentos para a realização de sondagem vesical intermitente Fato comprovado - Negativa de fornecimento abusiva Enfermagem 24 horas sequer pleiteada - Sentença mantida Recurso desprovido*”. (TJSP, 1ª Câmara Priv., AP 1004874-02.2022.8.26.0564, rel. Des. Rui Cascaldi, 13/7/2023).

No tocante à cobertura de medicamentos, a conclusão é algo diversa.

Malgrado gravidade do quadro clínico, considerando as regras dos artigos 10, VI, 12, I, "c", II, "d" e "g" da Lei 9.656/98, a ré não está obrigada a fornecer todos os medicamentos prescritos ou cobrir-lhes os custos, vedada condenação ampla fundada somente em prescrição médica e não-fornecimento de medicamento pelo SUS.

Convém assinalar orientação do Superior Tribunal de Justiça a respeito do tema:

"RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. CUSTEIO. OPERADORA. NÃO OBRIGATORIEDADE. ANTINEOPLÁSICO ORAL. NÃO CARACTERIZAÇÃO. LIMITAÇÃO LÍCITA. CONTRATO ACESSÓRIO DE MEDICAÇÃO DE USO DOMICILIAR. POSSIBILIDADE. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. SUS. POLÍTICA PÚBLICA. REMÉDIOS DE ALTO CUSTO. RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME). 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ). 2. Cinge-se a controvérsia a definir se medicamento de uso domiciliar (no caso, Viekira Pak, utilizado no tratamento de Hepatite-C), e não enquadrado como antineoplásico oral, é de cobertura obrigatória pelo plano de saúde. 3. É lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os incluídos no Rol da ANS para esse fim. Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN nº 338/2013 da ANS (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN nº 465/2021). 4. Os medicamentos receitados por médicos para uso doméstico e adquiridos comumente em farmácias não estão, em regra, cobertos pelos planos de saúde. 5. As normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei nº 9.656/1998. Ademais, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova. 6. A previsão legal do art. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 não impede a oferta de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde (i) por

liberalidade; (ii) por meio de previsão no contrato principal do próprio plano de saúde ou (iii) mediante contratação acessória de caráter facultativo, conforme regulamentação da RN nº 310/2012 da ANS. 7. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência farmacêutica está fortemente em atividade, existindo a Política Nacional de Medicamentos (PNM), garantindo o acesso de fármacos à população, inclusive os de alto custo, por meio de instrumentos como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). 8. Recurso especial provido." (REsp 1.692.938/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 27/4/2021, DJe de 4/5/2021).

Assim, é válida exclusão de custeio dos fármacos em ambiente externo ao de unidade de saúde, exceto os antineoplásicos orais e de controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, a medicação assistida (*home care*) e os constantes do correspondente rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - Resolução Normativa 465, de 24/2/2021, com a ressalva de hipóteses de pagamento por liberalidade da operadora ou por força de previsão no contrato principal ou acessório do plano de saúde.

Oportuno, também, lembrar do julgamento do REsp nº 1.883.654/SP, da relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão:

“RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. NÃO ENQUADRAMENTO COMO ANTINEOPLÁSICO, COMO MEDICAÇÃO ASSISTIDA (HOME CARE) NEM ESTÁ ENTRE OS INCLUÍDOS NO ROL DA ANS PARA ESSE FIM. COBERTURA LEGAL OBRIGATÓRIA. INEXISTÊNCIA. PRECEDENTE DA TERCEIRA TURMA. PRESERVAÇÃO DA TRIPARTIÇÃO DE PODERES. IMPRESCINDIBILIDADE. 1. “É lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os incluídos no rol da ANS para esse fim. Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN nº 338/2013 da ANS (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN nº 465/2021)” (REsp n. 1.692.938/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÓAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/4/2021, DJe 4/5/2021). 2. Domiciliar, de acordo com a lei, refere-se a ambiente que, necessariamente, contrapõe-se a ambulatorial e a hospitalar, com o que se exclui da cobertura legal o fornecimento de medicamentos que, mesmo prescritos pelos profissionais da saúde e ministrados sob sua recomendação e responsabilidade, devam ser utilizados fora de ambulatório ou hospital. 3. O medicamento Tafamidis (Vyndaqel®), vindicado na demanda, embora esteja incorporado na lista de medicamentos do SUS desde antes do ajuizamento da ação, não se enquadra nos antineoplásicos orais (e correlacionados) ou como medicação assistida (home care), nem está entre os incluídos no rol da ANS para esse fim. 4. Como ponderado em recente recurso repetitivo julgado pela Segunda Seção, REsp n. 1.755.866/SP, relator Ministro Marco Buzzi, a universalização da cobertura não pode ser imposta de modo completo e sem limites ao setor privado, porquanto, nos termos dos arts. 199 da Constituição Federal e 4º, § 1º, da

Lei n. 8.080/1990, a assistência à saúde de iniciativa privada é exercida em caráter complementar, sendo certo que a previsão dos riscos cobertos, assim como a exclusão de outros, é inerente aos contratos a envolver a saúde suplementar. Isso obedece à lógica atuarial, pois, quanto mais riscos forem cobertos, mais elevada será a contraprestação pecuniária paga pela parte aderente. 5. A saúde suplementar cumpre propósitos traçados em regras legais e infralegais. Assim sendo, não se limita ao tratamento de enfermidades, mas também atua na relevante prevenção, não estando o Judiciário legitimado e aparelhado para interferir, em violação da tripartição de Poderes, nas políticas públicas. 6. Recurso especial provido para restabelecimento do decidido na sentença. (REsp 1.883.654/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 8/6/2021, DJe de 2/8/2021).

É caso, portanto, de parcial reforma da respeitável sentença para excluir da condenação a cobertura apenas dos medicamentos de uso domiciliar, ou seja, que não constituam medicação assistida do *home care*. Inviável, então, o reembolso dos valores indicados nas notas fiscais a fls. 26/7. Contudo, a medicação assistida, própria do *home care*, deve ser coberta pela ré.

Mantém-se a condenação em relação ao reembolso pelo pagamento de sessão fonoaudiológica ante prova de desembolso (fls. 31).

Quanto ao valor da reparação por danos morais, a indenização tem por finalidade compensar o abalo moral e prevenir novas falhas sem promover enriquecimento indevido. O arbitramento há de realizar-se com prudência e moderação, conforme os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, sem ignorar a condição das partes, a natureza da falha e a extensão do dano.

O montante não pode ser ínfimo nem excessivo, devendo corresponder à realidade do gravame. Presentes tais parâmetros, considerando a situação econômica das partes (que estão em polos opostos), e que a ré deixou de cumprir o que a legislação determina, o valor fixado em primeiro grau (R\$ 5.000,00) deve ser mantido porque é razoável e está de acordo com precedentes deste Tribunal.

Nesse sentido, "*RECURSO DO AUTOR PLANO DE SAÚDE Pedido do autor visando ao custeio e autorização de cirurgia de coluna, além de indenização por danos morais - Recurso do autor visa, exclusivamente, à condenação da ré em danos morais Ainda que o autor não tenha comprovado qualquer recusa por parte da ré e que o procedimento cirúrgico tenha sido autorizado antes mesmo da citação, o fato é que houve efetiva delonga na apreciação de seu pedido administrativo O autor padeceu aguardando pela autorização de 28 de março a 29 de maio de 2023, inexistindo justificativa plausível por parte da ré para tal demora Mesmo que não se trate de cirurgia de urgência ou emergência, a situação extrapolou os limites do mero aborrecimento, causando danos morais indenizáveis Quantum que ora arbitro a razão de R\$ 5.000,00, observados os princípios da razoabilidade e proporcionalidade, não sendo capaz de gerar enriquecimento sem causa - Sentença reformada - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO a fim de se acolher o pleito de danos morais no patamar acima indicado*". (TJSP, NJ 4.0 em Segundo

Grau – Turma I (DP 1), AP 1014746-65.2023.8.26.0577, rel. Des. M.A. Barbosa de Freitas, j. 30/07/2024).

"Ação de obrigação de fazer c/c danos morais e antecipação de tutela. Plano de saúde. Recusa de cobertura. Carência. Tratamento de urgência e emergência. Abusividade. Danos Morais. Custeio Integral. No recurso, a apelante alega a regularidade da recusa, com base no período de carência contratual e requer a revisão do valor fixado a título de danos morais, invocando os princípios da razoabilidade e proporcionalidade. Afastada a preliminar de falta de dialeticidade recursal, considerando os argumentos suficientes para o julgamento do mérito. Reconhecida a relação de consumo entre as partes, evidenciada pela condição de beneficiário do plano de saúde pelo apelado, aplica-se entendimento consolidado na jurisprudência. Diante da urgência e emergência do tratamento, constatou-se abusividade na recusa de cobertura pela apelante, conforme Súmula nº 103 deste Tribunal e Súmula 597 do STJ, que vedam carência superior a 24 horas para casos urgentes. Mantida a condenação ao custeio integral dos procedimentos realizados. Quanto aos danos morais, o valor fixado foi considerado adequado e proporcional aos fatos narrados nos autos, não configurando excesso. Diante do exposto, negou-se provimento ao recurso, com majoração dos honorários advocatícios por sucumbência recursal, nos termos do artigo 85, § 11, do CPC". (TJSP, NJ 4.0 em Segundo Grau – Turma II (DP 1), AP 1105878-82.2023.8.26.0100, rel. Des. José Paulo Camargo Magano, j. 30/07/2024).

Anota-se, por fim, que "o julgador não está obrigado a responder a todas as questões suscitadas pelas partes, quando já tenha encontrado motivo suficiente para proferir a decisão. A prescrição trazida pelo art. 489 do CPC/2015 veio confirmar a jurisprudência já sedimentada pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, sendo dever do julgador apenas enfrentar as questões capazes de infirmar a conclusão adotada na decisão recorrida" (STJ, EDcl-MS 21.315/DF).

Mínimo o decaimento da autora, mantém-se o regramento das verbas de sucumbência, a serem inteiramente pagas pela ré.

Ante o exposto, dou provimento em parte ao recurso da ré e nego provimento à apelação da autora.

É como voto.

GUILHERME SANTINI TEODORO – relator.