



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000402101

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1051295-87.2022.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que é apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, são apelados ESDRAS GUILHERME MOREIRA GOMES (MENOR) e ANA ANGELICA MOREIRA DA SILVA (REPRESENTANDO MENOR(ES)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma III (Direito Privado 1) 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 IRINEU FAVA (Presidente sem voto), PEDRO FERRONATO E MARA TRIPPO KIMURA.

São Paulo, 25 de abril de 2025.

PAULO TOLEDO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1051295-87.2022.8.26.0002

Comarca: São Paulo (Foro Regional II, Santo Amaro, 7ª Vara Cível)

Juiz: Renata Longo Vilalba Serrano Nunes

Apelante: Notre Dame Intermedica Saude S.A.

Apelada: Esdras Guilherme Moreira Gomes (menor representado por Ana Angelica Moreira da Silva)

Voto nº 1.964

APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE TRATAMENTO. I. CASO EM EXAME: parte autora diagnosticada com encefalopatia crônica não progressiva de infância GMFCS nível 2 (paralisia cerebral). Negativa de cobertura ao custeio de tratamento pelo método Treini 7 e terapias correlatas. Sentença julgada parcialmente procedente. A parte ré apela, alegando, em suma, a inexistência de cobertura obrigatória, bem como de comprovação de eficácia do tratamento prescrito. Busca, subsidiariamente, que ele seja prestado na rede credenciada ou que o reembolso observe o limite contratual.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO: (i) verificar a validade da negativa de cobertura pelo plano de saúde; e (ii) analisar a forma da prestação e do reembolso.

III. RAZÕES DE DECIDIR: (i) alegação de se tratar de tratamento que não compõe o rol da ANS e ausência de cobertura contratual. Irrelevância no caso concreto. Relatório médico que indica a adequação e eficácia do mesmo para a enfermidade da parte autora. Inteligência da RN nº 469/2021, alterada pela RN nº 539, de 23 de junho de 2022. Atendimento dos requisitos da Lei n. 14.454/2022, que autoriza a cobertura excepcional de procedimentos ou medicamentos não previstos no rol da ANS. (ii) Psicopedagogia. Tratamento que condiz com o ramo da psicologia, sendo, portanto, de cobertura obrigatória. (iv) Musicoterapia que, da mesma forma, é tratamento eficaz e autorizado pela Portaria nº 145/2017, do SUS, e entendimento jurisprudencial. (v) Sentença que já determinou que o tratamento seja feito na rede credenciada. Ausência de profissionais ou clínica que autorizam, deveras, a contratação direta pelo paciente, a ser integralmente reembolsado.

IV. DISPOSITIVO: recurso desprovido. Majoração dos honorários sucumbenciais.

Trata-se de ação de obrigação de fazer julgada parcialmente procedente pela r. sentença de fls. 507/513, cujo relatório adota-se, com a condenação da ré ao fornecimento do tratamento “TREINI 7”, com protocolo de atendimento 20 horas semanais, 80 horas mensais, com realização feita por equipe interdisciplinar, até a alta médica, a ser realizado na sua rede credenciada, desde que concentradas as sessões no mesmo local de atendimento, devendo, caso não possua clínicas ou profissionais adequados à sua realização na forma determinada, custear integralmente o tratamento na clínica indicada pelo autor na inicial.

Inconformada, apela a parte ré, alegando, em síntese, a existência de prova pericial pela não concordância da utilização do tratamento pretendido. Ressalta a limitação de cobertura dos tratamentos experimentais, em conformidade com a taxatividade do rol da ANS, conforme tese definida pelo STJ. Junta precedentes sobre a não obrigatoriedade de cobertura ao tratamento em discussão. Aponta, ainda, para a necessidade da realização deste na rede credenciada, eis que, caso contrário, deve a parte consumidora arcar integralmente com as despesas respectivas. Contenta-se, ao menos, com a realização do reembolso nos limites do contrato. Busca, também, a atribuição de efeito suspensivo ao recurso interposto (fls. 529/551).

Recurso tempestivo, preparado (fls. 552/553 e 598/600), contrarrazoado (fls. 564/581), contando, ainda, com parecer do Ministério Público às fls. 589/592.

É o relatório.

Cumprе destacar, inicialmente, que resta prejudicado o pleito de processamento com efeito suspensivo, pois não formulado na oportunidade própria e agora já não encontra sentido apreciá-lo quando se realiza o julgamento da apelação.

No mais, é incontroverso que a parte autora, menor, é conveniada de plano de saúde mantido pela requerida.

É também incontroverso que a parte autora é portadora de Paralisia Cerebral, CID G80.1 - Paralisia Cerebral Diplégica Espática (fls. 87/98).

Assim, sua médica, especializada em Medicina Física e Reabilitação, prescreveu, com urgência e conforme relatório de fl. 85, tratamento com método TREINI 7, a observar “20 horas semanais, 80 horas mensais, com realização feita por equipe interdisciplinar com profissionais de **fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, pedagogia, fonoterapia e musicoterapia**, para reeducação e reabilitação neurológica do paciente.” (g.n.), o que foi negado pela ré, sob o fundamento de ausência de cobertura, pois o tratamento não está previsto no rol da ANS, portanto, não seria de cobertura obrigatória.

Ora, em princípio, não compete à requerida reavaliar esta decisão e tampouco qualificar o tratamento como inadequado para negar a cobertura contratada.

Ainda, quanto à prova pericial produzida, de se destacar que o juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo, inclusive, pronunciar-se de forma totalmente contrária, em confronto com as demais provas dos autos, conforme prevê o art. 479, do CPC.

Nesse sentido:

AÇÃO DECLARATÓRIA DE INEXISTÊNCIA DE DÉBITO C.C. OBRIGAÇÃO DE NÃO FAZER, REPETIÇÃO DE INDÉBITO E INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. Contrato de empréstimo consignado em benefício previdenciário com cláusula de reserva de margem consignável (RMC). FALSIDADE DA ASSINATURA. Perícia que constatou sua falsidade. Julgador que, no entanto, não está adstrito às conclusões do laudo pericial. Inteligência do art. 479 do CPC. Circunstâncias do caso que afastam as alegações do autor de desconhecimento dos termos do empréstimo. Comprovação, pelo réu, da regularidade do ajuste. Vínculo obrigacional demonstrado. Nulidade da contratação. Inocorrência. Modalidade prevista na Lei nº 13.172/2015. Sentença reformada. RECURSO PROVIDO. (TJSP, AP 1000245-75.2019.8.26.056, 38ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Fernando Sastre Redondo, j. 14/01/2022). (g.n.)

Com efeito, visando a garantir a terapia para os portadores de transtorno globais do desenvolvimento, a Resolução Normativa RN nº 469/2021 já dispunha um número mínimo de sessões com fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Com a sua

alteração pela RN nº 539, de 23 de junho de 2022, há previsão de fornecimento do tratamento prescrito pelo médico que cuida do paciente, por prestador apto para tanto e com todo o material necessário à prestação do serviço, o que ratifica o entendimento aqui adotado. Destaca-se:

“§ 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.”

Ademais, vale lembrar que a atual redação dada ao parágrafo 13, do artigo 10, da Lei 9656/98 pela Lei 14.454/22, posterior ao julgamento do Colendo Superior Tribunal de Justiça que fixou tese acerca da eficácia do rol estabelecido pela ANS, estabeleceu a cobertura plena por parte das operadoras de Plano de Saúde, notadamente quando se trate de cobertura *off label*, determinando que a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico.

Neste ponto, em que pese o perito afirmar, no item 04, não haver evidência científica de eficácia para a terapia, **no caso específico do autor a mesma se mostrou eficaz, eis que houve melhora no quadro clínico através do método (quesito 5 - fl. 351).**

Ora, comprovada a eficácia, senão geral, mas em relação ao autor, reconhecida por profissional designado pelo Juízo, e encontrando-se a aplicação devidamente acompanhada de plano terapêutico, à luz dos dispositivos supramencionados, não poderia a requerida ter negado a cobertura pretendida.

Não há dúvidas, ademais, quanto à eficácia das terapias prescritas, sendo certo que a fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e fonoterapia constam, inclusive, do rol da ANS como tratamentos de cobertura obrigatória¹.

Do mesmo modo, a psicopedagogia (fls. 93/94) está abarcada

¹ [ANS - LEGISLAÇÃO;
ans.gov.br/ROL-web/pages/procedimento.xhtml](https://ans.gov.br/ROL-web/pages/procedimento.xhtml)

nas sessões de psicologia, conforme Resolução nº 14/2000, do Conselho Federal de Psicologia, sendo, portanto, de cobertura obrigatória do plano.

Nesse sentido:

*“PLANO DE SAÚDE. Insurgência da ré contra sentença de procedência parcial. Pedido de custeio dos seguintes tratamentos contra o autismo: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, integração sensorial, fisioterapia, psicomotricidade, musicoterapia, psicopedagogia e acompanhante terapêutico. Tratamentos pelos métodos, ABA, Denver, Floortime e PEC. Psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional são tradicionalmente cobertos pelo plano, de maneira ilimitada. ANS que reconhece, ainda, a eficácia dos métodos ABA, Denver, Floortime, PECs e integração sensorial para autistas. Musicoterapia de cobertura obrigatória. Limitação quanto ao tratamento de psicopedagogia, a ser realizado por profissional de saúde em ambiente clínico. Afastamento da condenação da ré ao custeio de atendimento terapêutico (residencial ou escolar). Tratamentos a serem realizados, preferencialmente, na rede credenciada, em clínica localizada no Município de residência da criança. Indicação a ser realizada pela operadora, nos termos da sentença. Custeio integral em clínica particular apenas se não houver indicação ou se a rede credenciada não puder prestar o atendimento. Danos morais. Afastamento. Mero inadimplemento contratual. Tratamento que não era de urgência ou emergência. Tratamento de longo prazo. Caso que, em parte, a ré forneceu o tratamento. Recusa de parte do tratamento ou de cobertura de métodos específicos. Insuficiência para justificar a condenação da ré em danos morais. RECURSO PROVIDO EM PARTE. (...) **No que se refere à psicopedagogia, tal tratamento está abarcado nas sessões de psicologia de cobertura obrigatória do plano.**” (TJSP; Apelação Cível 1000386-39.2024.8.26.0562; Relator (a): Carlos Alberto de Salles; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santos - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 16/12/2024; Data de Registro: 16/12/2024).” (g.n.).*

*“APELAÇÃO CÍVEL – Plano de saúde – Ação de obrigação de fazer – Autor que necessita de tratamentos multidisciplinares para autismo – Negativa de cobertura – Inadmissibilidade – Ademais, a ANS, incluiu a obrigatoriedade de custeio de todo e qualquer tratamento indicado para transtornos do desenvolvimento - Requisição médica que deve ser prestigiada - Reformada a sentença tão somente para afastar a condenação da ré no pagamento de indenização por danos morais - Recurso parcialmente provido. (...) **O custeio da psicopedagogia possibilita o desenvolvimento das habilidades de aprendizado em atraso, viabilizando a frequência escolar, para assim ajudar na formação e desenvolvimento da personalidade da criança ou do adolescente, no convívio social apropriado à sua faixa etária, tudo de fundamental importância no combate e superação dos transtornos sociais tão comuns aos pacientes com a enfermidade em questão.**”*

(TJSP; Apelação Cível 1014756-07.2023.8.26.0223; Relator (a): José Carlos Ferreira Alves; Órgão Julgador: 2ª Câmara de

Direito Privado; Foro de Guarujá - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/11/2024; Data de Registro: 19/11/2024) (g.n.).

Outrossim, o entendimento do C. STJ é o de que são devidas, pela operadora do plano de saúde, a cobertura de terapias multidisciplinares, como, justamente, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, psicopedagogia e musicoterapia, inclusive, em número ilimitado de sessões, para o tratamento de beneficiários com transtorno do espectro autista e outros transtornos globais do desenvolvimento, como o caso presente.

Neste sentido: REsp 2.043.003/SP, Relatora Ministra Nancy Andrighi, data do julgamento: 21/03/2023. AgInt no REsp n. 1.960.809/SP, Relator Ministro Humberto Martins, data do julgamento: 11/09/2023. AgInt no AREsp 1.693.891/SP, Relator Ministro Raul Araújo, data do julgamento: 25/09/2023. AgInt no REsp 2.076.199/SP, Relator Ministro Marco Aurélio Bellizze., data do julgamento: 04/09/2023.

No mais, ainda que a musicoterapia, igualmente prescrita, não esteja abarcada no aludido rol, sua eficácia na reabilitação de pessoa com deficiência resta comprovada, como demonstrado, de modo que a ela deve a parte ré ser, igualmente, obrigada.

Deveras, no que se refere à aludida terapia, a evidência científica do tratamento, além de estar estampada no relatório supramencionado (e já admitida, como adiantado, pelo C. STJ), foi reconhecida pela Nota Técnica NAT JUS 91.026, favorável à adoção da referida terapia, inclusive recomendando sua disponibilização pelo SUS, que a adotou por meio da Portaria nº 145/2017.

Assim, cumpridas as exigências da legislação pertinente, bem decidiu o Juízo de origem, ao autorizar os tratamentos prescritos, assim consignando, no *decisum*: “(...) Ressalte-se que o procedimento médico a ser dispensado ao paciente não depende de juízo a ser exercido pela empresa de plano de saúde, cabendo ao médico estabelecer a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta, pelo método que entender mais adequado, não sendo lícito ao plano de saúde interferir na relação médico-paciente para julgar

desnecessário ou inadequado tratamento expressamente indicado pelo médico do paciente. (...) Ademais, do laudo pericial elaborado pela expert, consta que 'Apesar de não haver comprovação científica quanto à eficácia do método, este é apenas uma forma de aplicação do tratamento multidisciplinar que, individualmente, apresenta vasta comprovação de eficiência e eficácia.' (fl. 351). Consignou a profissional ainda que 'Apesar de não haver comprovação científica da eficácia do método TREINI-7 em literatura o autor apresentou melhora do quadro clínico com o tratamento através do método.' (fl. 351).” (fls. 511/512).

Vale acrescentar que a parte requerida não trouxe documento algum a comprovar a existência de outras terapias com igual eficácia ou que pudessem substituir aquela indicada pelo médico que presta atendimento à parte autora.

A alegação de desrespeito ao equilíbrio contratual não justifica a aplicação da cláusula de exclusão de tratamento adequado a uma doença cuja cobertura está expressamente prevista, tratando-se de questão afeta ao risco da atividade exercida pela apelante.

Neste sentido, aliás, o parecer da Promotoria de Justiça Cível: “O autor é portador de enfermidade de Paralisia Cerebral, CID G80.1 – Paralisia Cerebral Diplégica Espática - “consistente em hipóxia encefálica peri parto, levando a lesões motoras e, isto implica em limitações para realizações de atividades diárias como dificuldade de andar, se manter em pé e auto cuidado (fls. 84/85). A negativa da ré, ignora os termos da Súmula 102 do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo: “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”. Em havendo expressa indicação médica da realização da Reabilitação Neurológica pelo método TREINI, cabe à operadora de plano de saúde observar a prescrição técnica, sendo irrelevante a previsão no rol de procedimentos editado pela ANS. Nesse sentido, deve-se salientar que renovada e constantemente alterada a tabela da ANS, nunca se dá para saber exatamente qual o rol de coberturas e exclusões. Além disso, deve ser

reconhecida a velocidade em que se reconhecem novos procedimentos, e sem que neles se entreveja, ainda, caráter experimental, não se compadece com o retardo, que pode ser fatal, na inclusão em lista da ANS.” (fls. 275/280).

Ainda, a respeito do tema, destacam-se os seguintes julgados:

CONTRATO – Prestação de serviços – Plano de saúde – Negativa de cobertura de terapia pelo método "Treini baby" e "Treini 7", prescrita a menor, portadora de Síndrome de Down – Inadmissibilidade – Restrição abusiva, a qual afronta as normas de proteção e defesa do consumidor – Recusa com base em rol da ANS – Descabimento – Inteligência da RN nº 469/2021, alterada pela RN nº 539, de 23 de junho de 2022, havendo previsão de fornecimento do tratamento prescrito pelo médico que cuida do paciente, por prestador apto para tanto – Recurso improvido. (TJSP, Apelação Cível 1008104-96.2022.8.26.0032, Rel. Des. Alvaro Passos, 2ª Câmara de Direito Privado, julgado em 28/06/2023, DJe de 28/06/2023)

Apelação cível. Plano de saúde. Cobertura para tratamento pelo método Treini 7. Paciente menor portador de Síndrome de West. Sentença de parcial procedência. Apelação da operadora de plano de saúde. 1.Relação de consumo. 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). Negativa não tem amparo no art. 10 VII da Lei 9656/98, pois não há pedido de fornecimento de órtese. A autora requer realização de fisioterapia por método específico, não a compra dos materiais utilizados nas sessões. 2.As operadoras de plano de saúde estão obrigadas a fornecer tratamento pelo método específico, requisitado pelo médico, a beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, como é o caso da autora. A questão está resolvida com a edição da RN 539/2022 ANS, que alterou a RN 465, incluindo o §4º, no art 6º. 3.Nada indica que o tratamento tenha caráter experimental, portanto não há que se falar em negativa de vigência ao art. 10, da Lei 9656/98. Terapia indicada por médico e será executada por profissionais com formação técnica da área de saúde. A aplicação da normas consumeristas, bem como dos princípios e normas que regem o Direito Civil, notadamente o princípio da boa-fé e função social do contrato, levam à conclusão que a ré tem obrigação de fornecer o tratamento. 4. Honorários majorados para dois mil reais. Apelação não provida. (TJSP, Apelação Cível 1023366-74.2020.8.26.0576, Rel. Des. Edson Luiz de Queiróz, 9ª Câmara de Direito Privado, julgado em 21/08/2023, DJe de 21/08/2023)

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Criança diagnosticada com Síndrome de Down, com indicação de tratamento pelo método "Treini". Negativa da ré, sob a alegação de que não há cobertura contratual e o tratamento não está incluído no rol da ANS. Sentença de procedência. Recurso da ré. Nulidade da sentença por cerceamento de defesa. Afastamento. Própria ré que concordou como julgamento antecipado da lide.

Juiz que é o destinatário das provas. Requerida que sustenta sua não obrigatoriedade de cobertura, por não estar no rol da ANS. Divergência existente dentro do STJ quanto à taxatividade ou não do rol da ANS. Entrada em vigor da Lei 14.454/2022, que afastou a taxatividade do rol. Obrigatoriedade de cobertura a qualquer procedimento médico, ainda que não elencado no rol, desde que atendidas as condições legais. Inteligência da Súmula 102 do TJSP. Tratamento que deve ser custeado pela requerida, sem limitação do número de sessões e por tempo indeterminado, em rede credenciada. Caso não haja rede credenciada para a cobertura do tratamento, deverá efetuar o reembolso na forma estabelecida no contrato firmado entre as partes. Precedentes desta Corte. Sentença mantida. Recurso não provido (TJSP, Apelação Cível 1007440-41.2021.8.26.0019, Rel. Des. Emerson Sumariva Júnior, 5ª Câmara de Direito Privado, julgado em 13/03/2023, DJe de 13/03/2023)

De se observar, por sua vez, que já tratou o Juízo de origem de ressaltar que o tratamento perseguido pelo autor “deverá ser realizado na rede credenciada da requerida, desde que concentradas as sessões no mesmo local de atendimento, haja vista a justificativa apresentada no relatório do médico assistente (fl. 512/513) de 'alto gasto energético e a alta demanda comportamental que o deslocamento oferece ao paciente' (fls. 85), corroborada pela expert, que em resposta ao quesito nº 10 da requerente, confirmou ser estressante e prejudicial ao desenvolvimento da criança que ela faça longas viagens em curtos períodos para realizar o tratamento (fls. 352), razão da parcial procedência do pedido.” (g.n.) (fls. 512/513).

Com efeito, apenas no caso de não dispor a parte ré de clínicas ou profissionais adequados ao cumprimento da obrigação na forma determinada é que deverá aquela custear, integralmente, o tratamento na clínica indicada pelo autor na exordial.

Deveras, ausente profissional credenciado viável, não haverá alternativa à parte autora senão a realização do tratamento com profissionais ou estabelecimentos estranhos à rede da requerida que, por essa razão, deverá reembolsá-la integralmente.

A Resolução Normativa ANS nº 566/2022, em seu art. 10, *caput*, aliás, expressamente estabelece que, quando da indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial, no município pertencente à

área geográfica de abrangência, e “(...) caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até trinta dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.” (g.n.).

Ora, no caso de a operadora do plano de saúde ré não fornecer qualquer alternativa a seu beneficiário, a fim de que possa ele realizar o tratamento que se revela imperioso à sua peculiar condição de saúde, é evidente que tal postura acaba por privar aquele da devida utilização do plano de saúde contratado.

Vendo-se a parte consumidora, assim, obrigada a contratar, pessoalmente, profissionais para tanto, deve ela, nessas circunstâncias, ser reembolsada integralmente pelas despesas relacionadas ao tratamento, por falha da fornecedora de serviços médicos, à qual, como se sabe, é atribuída responsabilidade objetiva (art. 14, §1º, do CDC).

Nesse sentido, julgados do C. STJ e deste E. Tribunal de Justiça:

"RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. OMISSÃO. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR DA REDE CREDENCIADA. OBRIGAÇÃO DE REEMBOLSO DA OPERADORA. 1. Ação de indenização por danos materiais c/c compensação por dano moral ajuizada em 11/02/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 15/12/2021 e concluso ao gabinete em 19/04/2022. 2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional e o dever de a operadora de plano de saúde reembolsar, integralmente, as despesas assumidas pelo beneficiário com o tratamento de saúde realizado fora da rede credenciada. 3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022, II, do CPC/15. 4. No julgamento do EAREsp 1.459.849/ES (julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020), a Segunda Seção, ao interpretar o art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, concluiu que 'a lei de regência impõe às operadoras de plano de saúde a responsabilidade pelos custos de despesas médicas realizadas em situação de emergência ou de urgência, sempre que inviabilizada pelas circunstâncias a utilização da rede própria ou contratada, limitada, no mínimo, aos preços praticados pelo respectivo produto à data do evento'. 5. A Resolução Normativa 566/2022, que revogou a Resolução

Normativa 259/2011, da ANS, impõe a garantia de atendimento na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, e estabelece, para a operadora, a obrigação de reembolso. 6. Hipótese em que, a partir da interpretação dada pela Segunda Seção ao art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 e das normas editadas pela ANS, bem como considerando o cenário dos autos em que se revela a omissão da operadora na indicação de prestador, da rede credenciada, apto a realizar o atendimento do beneficiário, faz este jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, inclusive sob pena de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial. 7. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários.” (REsp nº 1.990.471/DF, relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, julgado em 11/4/2023, DJe de 14/4/2023) (g.n.).

“APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. Ação de ressarcimento de despesas médicas cumulada com indenização por danos morais. Pretensão inicial de reembolso integral do valor pago para a realização do procedimento "angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos, com implante de Stent", bem assim de indenização por danos morais. Sentença de procedência, para condenar a ré a pagamento de R\$36.000,00 relativos ao procedimento médico e R\$10.000,00 a título de danos morais. Insurgência da ré. Não acolhimento. **REEMBOLSO. Caso em que o autor solicitou a realização de procedimento para colocação de três stents farmacológicos devido a obstruções em múltiplas artérias, não tendo a ré autorizado o procedimento por mais de 10 dias. Entraves burocráticos internos da ré (pedido de nova senha ao prestador) que poderiam ter sido resolvidos por ela. Demora na autorização que equivale à negativa injustificada do procedimento, coberto pelo contrato e essencial ao resguardo da vida do autor. Reembolso integral devido. Precedentes do C. STJ.** DANOS MORAIS. Recusa injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada, que enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário. Danos morais bem caracterizados, dado que a demora na autorização equivaleu à recusa de procedimento. Valor fixado que não comporta reparo. Patamar que está em consonância com a jurisprudência desta Corte e da Corte Superior, bem assim com as peculiaridades do caso concreto. Sentença preservada. **NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO.**” (TJSP; Apelação Cível 1009562-98.2022.8.26.0566; Relator (a): Viviani Nicolau; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro de São Carlos - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 26/06/2023; Data de Registro: 26/06/2023) (g.n.).

“APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – Obrigação de Fazer – Procedimento cirúrgico intrauterino de ablação do cordão umbilical do acárdico devido à descompensação cardíaca do feto perfusor em hipótese de gestação trigemelar dicoriônica e triamniótica – Aptidão para realização de cirurgia tão somente por Médicos Especialistas – Rede Credenciada ofertada pela Ré que não possui aptidão para realização da Cirurgia pretendida –

Operadora que, malgrado a evidente situação de urgência da Autora, alegou o prazo de 5 dias úteis para análise da cobertura, e, sendo o caso de cobertura, ainda seria aberto chamado para buscar locais aptos, os quais sequer foram demonstrados nos autos – Conduta que vai de encontro ao art. 35-C e inciso II, da Lei 9.656/98 – Realização urgente da Cirurgia da Autora em rede particular que não foi mero capricho, mas necessária em virtude dos atos ilícitos da Ré – Inteligência conjunta dos art. 4º, §§ 1º e 3º, e art. 10, da RN 266/2022, que revogou a RN 259/2011 – Custeio Integral que é de rigor – Violação da Boa-Fé Objetiva e da Função Social do Contrato – Indicação que cabe somente ao médico assistente – Súmula 102 do E. TJSP – Rol da ANS – Taxatividade do Rol que não é absoluta – Ausência de demonstração de atualização do Rol, substituto terapêutico ou contraindicação ao procedimento prescrito, o qual possui eficácia notória – Inteligência das Teses Firmadas por ocasião do Julgamento dos EREsps nº 1.886.929/SP e 1.889.704/SP – Precedentes desta 2ª Câmara de Direito Privado – Sentença Mantida. RECURSO NÃO PROVIDO.” (TJSP; Apelação Cível 1123460-95.2023.8.26.0100; Relator (a): Corrêa Patiño; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 03/04/2024; Data de Registro: 04/04/2024).

Com isso, de rigor a manutenção da sentença de primeiro grau proferida, não havendo que se falar em inversão do ônus sucumbencial.

Para os fins do artigo 85, § 11º, do Código de Processo Civil, considerando que o recurso foi improvido, majoram-se os honorários advocatícios que ficam arbitrados em 13% sobre o valor atualizado da causa.

E visando evitar oposição de embargos declaratórios para tal finalidade, considera-se prequestionada toda matéria constitucional e infraconstitucional, observado posicionamento do C. STJ segundo o qual prescindível a citação de dispositivos legais que o fundamentam: Já é pacífico nesta e. Corte que, tratando-se de prequestionamento, é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão tenha sido decidida (EDcl no RMS 18205/SP, Rel. Min. Felix Fischer, T5, j. 18.04.2006).

Posto isso, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao recurso interposto pela parte ré.

PAULO GUILHERME AMARAL TOLEDO

Relator