



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000411553

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1005968-24.2024.8.26.0011, da Comarca de São Paulo, em que é apelante QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A, é apelado MANOEL AMANCIO (JUSTIÇA GRATUITA).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 5ª 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 JOÃO BATISTA VILHENA (Presidente sem voto), MOREIRA VIEGAS E EMERSON SUMARIVA JÚNIOR.

São Paulo, 29 de abril de 2025.

JAMES SIANO
Relator(a)
Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

VOTO Nº: 49173

APELAÇÃO Nº: 1005968-24.2024.8.26.0011

COMARCA: São Paulo

MM. Juiz(a) de 1º grau: Dr. (a) Flávia Snaider Ribeiro

APELANTE (S): Qualicorp Administradora de Benefícios S/A

APELADO (S): Manoel Amancio

FLP

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE.

I. Caso em Exame:

Trata-se de apelação interposta contra sentença que julgou procedente ação de obrigação de fazer para condenar o plano de saúde e a administradora do contrato a fornecer e custear o tratamento *home care*, nos termos da prescrição médica.

II. Questão em Discussão:

2. A questão em discussão consiste em analisar as alegações de (i) ilegitimidade passiva da administradora do plano de saúde e (ii) de ausência de cobertura contratual para o tratamento *home care*.

III. Razões de Decidir:

Afastada a preliminar de ilegitimidade passiva. Existência de responsabilidade solidária entre o plano de saúde e a administradora do contrato. Inteligência do art. 7º, parágrafo único, do CDC. Precedentes. *Home care*. Abusividade da negativa de cobertura. Súmula 90 deste Tribunal.

IV. Dispositivo e Tese:

Tese de julgamento: 1. A administradora do plano de saúde possui legitimidade passiva. 2. Cláusula de exclusão de *home care* é abusiva quando há prescrição médica.

Recurso improvido.

Trata-se de apelação interposta contra a sentença de f. 568/577, complementada pela decisão de f. 599/601, que julgou procedente ação de obrigação de fazer para condenar o plano de saúde e a administradora do contrato a fornecer e custear o tratamento *home care*, nos termos da prescrição médica, sob pena de multa diária de R\$ 500,00, limitada inicialmente a R\$ 500.000,00.

Alega a corré (f. 606/617): (i) ilegitimidade passiva; (ii) não tem como autorizar o fornecimento do *home care*, que não tem cobertura contratual.

Recurso respondido (f. 624/634).

Às f. 641/644 foi complementado o preparo recursal.

É o relatório.

Improcedem as razões recursais.

Cuida-se de ação de obrigação de fazer proposta pelo apelado, atualmente com 92 anos de idade, alegando que foi submetido a uma cirurgia para tratamento de uma “*hérnia encarcerada grave*”.

Os relatórios médicos de f. 44/54 indicam a necessidade do *home care*.

Pois bem.

Não vinga a alegação de ilegitimidade passiva da administradora do plano de saúde.

Sendo a relação mantida entre de consumo, todos que nela intervêm ficam por ela obrigados, conforme art. 7º, parágrafo único, do CDC, inclusive para eventuais reembolsos.

Nesse sentido, além do precedente desta C. Câmara mencionado na sentença, já se decidiu:

*Ação de obrigação de fazer – Plano de Saúde – Sentença de procedência – Insurgência das requeridas – **Qualicorp que tem legitimidade para figurar no polo passivo da demanda - Negativa de cobertura de tratamento "home care" – Recusa embasada em cláusula restritiva – Aplicação do Código de Defesa do Consumidor – Abusividade na exclusão do tratamento domiciliar – Súmula 90 desta Corte de Justiça** – Exclusão contratual que coloca em risco o objeto do contrato – Abusividade da negativa de cobertura - Prevalência do princípio ao acesso à saúde – Necessidade de cobertura dos procedimentos prescritos pelo médico assistente, excetuando-se a função de cuidador – Dever de cuidado que não pode ser transferido ao plano de saúde – Recursos providos em parte. Recursos de apelo interpostos pelas requeridas providos em parte.* (Ap. 1088021-33.2017 – Rel. Marcia Dalla Déa Barone – 4ª Câmara de Direito Privado – j. 03/10/2019). g.n.

Por outro lado, não há que se falar em ausência de cobertura contratual para o *home care*, sendo manifestamente abusiva a cláusula contratual nesse sentido, consoante precedente do STJ mencionado na sentença,

E sobre a alegação de ausência de previsão no rol da ANS recentemente decidiu o STJ:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. HOME CARE. NEGATIVA DE COBERTURA. ANS. ROL. MITIGAÇÃO. HIPÓTESES. MULTA COMINATÓRIA. VALOR. REDUÇÃO. IMPOSSIBILIDADE NA ESPÉCIE.

1. Trata-se de definir a natureza do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, elaborado periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), se exemplificativo ou taxativo.

2. A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça uniformizou o entendimento de ser o Rol da ANS, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios. Precedente.

3. A jurisprudência deste Tribunal Superior é no sentido de ser abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (home care) como alternativa à internação hospitalar, quando o conjunto de atividades prestadas em domicílio é caracterizado pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

3. Tendo sido a multa cominatória estipulada em valor proporcional à obrigação imposta, não é possível reduzi-la alegando a expressividade da quantia final apurada se isso resultou da recalcitrância da parte em promover o cumprimento da ordem judicial.

4. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp 2771632 / CE – Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva – j. 31/03/2025).

Além disso, incide na hipótese a súmula 90 deste E. Tribunal:

“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.”

Por fim, ficam majorados os honorários sucumbenciais a serem pagos pela apelante em 5% do valor atualizado da causa, além dos 10% que já tinham sido fixados em primeiro grau de forma solidária com o plano de saúde.

Ante o exposto, **nega-se provimento** ao recurso.

JAMES SIANO
Relator