



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000412930

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1001062-50.2023.8.26.0229, da Comarca de Hortolândia, em que é apelante UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, são apelados TOMMY SILVA RUAS (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e SANDRA CUSTÓDIO (REPRESENTANDO MENOR(ES)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 9ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: Negaram provimento ao recurso, com observação. V. U., de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores DANIELA CILENTO MORSELLO (Presidente sem voto), LUIS FERNANDO CIRILLO E GALDINO TOLEDO JÚNIOR.

São Paulo, 29 de abril de 2025.

WILSON LISBOA RIBEIRO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

APELAÇÃO N. 1001062-50.2023.8.26.0229

APELANTE: UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

APELADO: TOMMY SILVA RUAS (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e SANDRA CUSTÓDIO (REPRESENTANDO MENOR(ES))

COMARCA: Hortolândia

JUIZ(A) PROLATOR(A) – Luis Mario Mori Domingues

VOTO N. 11147

PLANO DE SAÚDE. Tratamento multidisciplinar para paciente diagnosticado com Síndrome de Down. Sentença de procedência. Apelo interposto pela operadora de saúde. Não acolhimento. Preliminar de cerceamento de defesa afastada. Ausência de impugnação específica acerca da desnecessidade dos tratamentos prescritos, tampouco apontada a inadequação das técnicas indicadas. Incidência do Enunciado 102 da Súmula do TJSP. Alteração da Lei n. 9.656/98, pela Lei n. 14.454/2022, no sentido de que o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar constitui apenas referência básica para os planos de saúde. Edição da Resolução n. 539/2022 pela ANS, incluindo na cobertura obrigatória dos planos de saúde qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento do paciente que tenha transtorno global de desenvolvimento, hipótese a que se amolda o caso em apreço. Enunciado 12 da Edição 213 da Jurisprudência em Teses que estende os tratamentos multidisciplinares aos diagnosticados com trissomia do 21 – Síndrome de Down (CID10 – Q90). Precedente do STJ. Obrigatoriedade de cobertura de tratamentos multidisciplinares, conforme indicação médica. **RECURSO DESPROVIDO, COM OBSERVAÇÃO.**

VISTOS.

Trata-se de recurso de apelação interposto em face da r. sentença de fls. 431/434 que julgou procedente a pretensão inicial para obrigar a requerida a custear todo o tratamento prescrito pela médica do autor, nos moldes dos laudos juntados às fls. 35, fls. 36/37, fls. 38/39, fls. 40/41 e fls. 42, até a alta definitiva, sem limites de sessões, duração ou quantidade, que serão determinados pela médica do paciente. Ainda, caso a médica do autor prescreva novos tratamentos, tendo como fato gerador a deficiência que acomete o autor, o qual possui Síndrome de Down, fica a requerida obrigada a custear todo o tratamento médico prescrito. ... Destaco que, caso a requerida possua rede credenciada para a realização do tratamento, o autor deverá realizar o seu tratamento em rede credenciada. Caso a requerida não possua rede credenciada, terá que custear todo o tratamento em rede particular". Sucumbência carreada à ré, com honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor causa retificado às fls. 416/417.

A ré apela sustentando a ocorrência de cerceamento de defesa, pois postulou a expedição de ofício ao NAT-JUS vinculado ao E. TJSP para “emitir parecer técnico quanto o tratamento objeto da ação, em especial com relação as metodologias alternativas indicadas” (fls. 245 – sic), não estando o feito maduro para julgamento. No mérito, reitera a tese de taxatividade do rol da ANS e a ausência de obrigação de custeio/fornecimento do tratamento prescrito ao autor por não se enquadrar na CID F84 (transtornos globais do desenvolvimento); tudo voltado à improcedência da demanda.

Recurso tempestivo, preparado e contrarrazoado. Parecer da Procuradoria de Justiça pelo desprovimento do recurso.

Ausente oposição ao julgamento virtual.

Transferência de relatoria datada de 27/03/2025.

É O RELATÓRIO DO NECESSÁRIO.

A preliminar de cerceamento de defesa não convence. Desnecessária a expedição de ofício ao NAT-JUS notadamente quando não há impugnação específica acerca

da desnecessidade dos tratamentos prescritos, tampouco apontada a inadequação das técnicas indicadas.

De toda sorte, o conjunto probatório carreado aos autos é suficiente para o julgamento do mérito e a apelante não apresentou elementos mínimos que pudessem infirmar a conclusão da médica assistente, ônus que lhe cabia nos termos do art. 373, inciso II, do CPC.

Passo ao mérito.

O autor diagnosticado com trissomia do 21 – Síndrome de Down (CID10 – Q90) propôs a presente demanda com o fim de compelir a requerida ao custeio de tratamento médico multidisciplinar que lhe foi indicado às fls. 35/42, em razão das diversas dificuldades motoras, posturais, de mastigação, além de atrasos de linguagem e fala, deficiência cognitiva e outras: i) Terapia ocupacional com aplicação de método do neurodesenvolvimento Bobath e integração, no mínimo 02 horas semanais; ii) Intervenções com a fonoaudiológica com experiência método PROMPT, métodos multissensoriais como o multigesto, apto a aplicar comunicação alternativa suplementar e apto a tratar dificuldades na motricidade ora, no mínimo 02 horas semanais; iii) Fisioterapeuta motor, com profissional apto a atender crianças com Síndrome de Down e tratamento de transtornos do neurodesenvolvimento, no mínimo 01 hora semanal; iv) Musicoterapia, no mínimo 01 hora semanal; v) Atendimento com Psicomotricista, com atendimento voltado para o neurodesenvolvimento, no mínimo 01 hora semanal.

De proêmio, cabe registrar a subsunção do caso em análise às normas consumeristas, notadamente diante da Súmula 608 do C. STJ, que assim dispõe: “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

Sobre a discussão acerca da taxatividade do rol de procedimentos, a recente alteração da Lei n. 9.656/98 pela Lei n. 14.454/2022 acabou por dissipá-la, ao dispor que o rol constitui apenas referência básica para os planos privados de assistência à saúde e que, em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol, a cobertura deverá ser autorizada pelo plano, desde que a)

exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou b) 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.

Paralelamente, a ANS aprovou a Resolução Normativa n. 539/2022 que, alterando a Resolução n. 465/2021, acabou por incluir na cobertura obrigatória dos planos de saúde qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento do paciente que tenha transtorno global do desenvolvimento, hipótese consentânea aos autos conforme o enunciado 12 da Edição 213 da Jurisprudência em Teses “O fato de a Paralisia Cerebral e a Síndrome de Down não estarem enquadradas na CID-10 F84 (transtornos globais do desenvolvimento) não afasta a obrigação de as operadoras de planos de saúde fornecerem cobertura de terapia multidisciplinar, sem limite de sessões, prescrita a beneficiário”.

A propósito:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. BENEFICIÁRIO PORTADOR DE SÍNDROME DE DOWN. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA. PRECEDENTES. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, apesar de ter formado precedente pelo caráter taxativo do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, manteve o entendimento pela abusividade da recusa de cobertura e da limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar para os beneficiários com diagnóstico de "Transtorno do Espectro Autista" (EREsp n. 1.889.704/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022).

2. Após o julgamento realizado pela Segunda Seção, sobrevieram diversas manifestações da ANS, no sentido de reafirmar a importância das terapias multidisciplinares para os portadores de transtornos globais do desenvolvimento e de favorecer, por conseguinte, o seu tratamento integral

e ilimitado.

3. Conforme a diretriz da ANS, embora a síndrome de Down e a paralisia cerebral não estejam enquadradas na CID F84 (transtornos globais do desenvolvimento), isso não isenta a operadora de plano de saúde de oferecer cobertura para o tratamento multidisciplinar e ilimitado recomendado ao beneficiário com essas condições (REsp n. 2.008.283/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 11/4/2023, DJe de 14/4/2023).

4. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp n. 2.560.738/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 16/9/2024, DJe de 18/9/2024.)

Nessa quadra, a despeito da argumentação acerca da ausência do enquadramento da doença na CID F84 (transtorno global do desenvolvimento), fato é que o C. STJ tem entendimento consolidado acerca da extensão da cobertura dos tratamentos multidisciplinares para o diagnóstico de trissomia do 21 – Síndrome de Down (CID10 – Q90) como ocorre na espécie.

Ademais, não se olvida do conteúdo da Súmula 102 deste E. TJSP, que estabelece que “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”.

Desse modo, as terapias prescritas pela médica assistente às fls. 35/42 devem ser integralmente fornecidas pela operadora, enquanto o tratamento se fizer necessário.

Para fins de esclarecimento, em atenção aos limites objetivos da lide, observe que a operadora está obrigada a fornecer apenas os tratamentos devidamente prescritos nos relatórios médicos acostados aos autos, sem limitação de sessões, duração ou quantidade, devendo eventual e futura negativa de cobertura ser discutida oportunamente.

DISPOSITIVO.

Pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO AO RECURSO, COM**

OBSERVAÇÃO.

Em consequência, majoro os honorários sucumbenciais fixados em primeira instância ao patamar de 15% sobre o valor dado à causa, com base no que disciplina o artigo 85, § 11, do CPC.

Por fim, considero prequestionadas todas as normas jurídicas reportadas no curso do presente feito, afigurando-se desnecessários contraproducentes embargos de declaração somente para tal fim. (REsp nº 614.042-0-PR, 1ª Turma, v.u., Rel. Min. JOSÉ DELGADO, j. em 22.2.2005, in Boletim do STJ, nº 6/2005, ps. 47-48) e (RE nº 128.519-2/DF, Pleno, m.v., Rel. Min. MARCO AURÉLIO, j. em 27.9.1990, DJU de 8.3.1991, p. 2.206).

WILSON LISBOA RIBEIRO
Relator