



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000414157

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1106240-89.2020.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante BRADESCO SAÚDE S/A, são apelados PAULO DONCIV NETO e MARIA BENEDITA MAZON DONCIV (CURADOR(A)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 1ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento em parte ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALBERTO GOSSON (Presidente) E ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO.

São Paulo, 29 de abril de 2025.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Comarca: Foro Regional de Vila Prudente – Capital

Apelação n. 1106240-89.2020.8.26.0100

Apelante: BRADESCO SAÚDE S.A.

Apelado: PAULO DONCIV NETO (representado por curadora)

Voto n. 12534

APELAÇÃO – Plano de saúde – Autor diagnosticado com Alzheimer, doenças cerebrovasculares, quadro de epilepsias e diabetes mellitus, além de ter sofrido amputação de um dos membros inferiores – Internação em clínica de retaguarda devidamente prescrita pelos profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento – Negativa de cobertura – Abusividade – Incidência da Súmula 102, do TJSP – Relação de consumo – Desvirtuamento do próprio objeto do contrato, que é a busca da cura – Se as moléstias que acometem o autor possuem cobertura, o seu tratamento deve, igualmente, ser custeado pela seguradora – A internação fora do ambiente hospitalar é benéfica para ambas as partes – Rol da ANS que, ademais, é de taxatividade mitigada – Acolhimento, no entanto, do pedido para que o requerente apresente relatório médico, a cada 6 meses, para comprovar a necessidade de manutenção do tratamento – Recurso parcialmente provido.

Vistos.

Trata-se de recurso de apelação interposto para impugnar a sentença de fls. 367/371, cujo relatório adoto, que julgou procedente o pedido inicial, para condenar a ré a custear o tratamento do autor, através da internação em clínica de retaguarda nos moldes prescritos pelo relatório médico de fl. 23.

Segundo a apelante-ré, a sentença merece ser reformada, em síntese, alegando a necessidade de retificação do polo passivo da ação, no Sistema e-SAJ, pois consta indevidamente a Bradesco Seguros, porém, o correto é Bradesco Saúde; que a ANS não considera a internação em clínica de retaguarda como de cobertura obrigatória; e que não pode ser compelida ao custeio de tal despesa. Subsidiariamente, roga para que o tratamento seja realizado através de sua rede credenciada ou que o reembolso seja limitado. Requer, ademais, que o autor apresente documentos médicos atualizados, com período mínimo de seis meses, para que seja mantida a condenação (fls. 398/417).

Recurso tempestivo, preparado e com apresentação de contrarrazões pelo apelado (fls. 424/435).

Parecer ministerial pelo desprovimento do recurso (fls.

449/454).

Não houve oposição ao julgamento virtual (Resolução n. 772/2017).

Esse é o relatório.

Passo ao voto.

O recurso comporta parcial provimento.

No caso em tela, o autor conta com 77 anos de idade e fora diagnosticado com Alzheimer, doenças cerebrovasculares, quadro de epilepsias e diabetes *mellitus*, além de ter sofrido amputação de um dos membros inferiores. Diante do seu delicado quadro clínico, foi-lhe prescrito internação em clínica de retaguarda, porém, a ré apenas liberou a internação em hospital psiquiátrico pelo período de 1 mês, ocasião em que o requerente teria sofrido maus tratos, já que o nosocômio não era apto para atendê-lo.

De início, verifico que a Bradesco Saúde é quem, de fato, possui legitimidade para figurar no polo passivo da ação, conforme consta da carteirinha de fl. 19. Assim, esclareço que já houve a devida retificação perante o Sistema e-SAJ.

No mérito, convém ter em mente qual a natureza dos serviços prestados pelos convênios médicos. O artigo 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado e garante a todos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Pelo texto constitucional, todos deveriam ter acesso a um serviço de saúde digno e eficiente prestado pelo Estado. É fato notório que o texto não espelha a realidade e as pessoas acabaram se socorrendo nos últimos anos de empresas que prestam esse serviço, autorizadas pelo artigo 199 também da Carta Magna. Assim, não deve escapar a nossa reflexão que a assistência médica é direito constitucional do cidadão e não pode ser equiparada a uma prestação de serviço qualquer, embora prestada por empresas privadas que substituem a ação estatal.

Outrossim, não se pode olvidar de que a relação em apreço é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, consoante o disposto na Súmula 608, do STJ, *in verbis*:

“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão” (SÚMULA 608, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/04/2018, DJe 17/04/2018).

Por conseguinte, eventuais limitações existentes no instrumento firmado entre as partes devem ser apreciadas com ressalvas, pois, à luz da norma consumerista, revestem-se de abusividade, nos termos do art. 51, IV, e § 1º, II, do CDC, além de resultarem em violação a bens jurídicos com estatutura constitucional, a saber, a vida, a saúde e a dignidade humana.

Ora, cabe à operadora do plano tão somente estabelecer as doenças a serem cobertas, mas não a sua forma de tratamento,

cujas atribuições pertencem aos médicos responsáveis por acompanhar o autor, que indicaram expressamente a urgência da internação em clínica de retaguarda (fls. 23/24).

Com efeito, em decorrência das moléstias que o acometem, o requerente perdeu a mobilidade e a autonomia, passando a ser dependente de terceiros. Ressalte-se que o atendimento deve ser prestado por pessoas capacitadas para lidar com essa situação, além de o ambiente ser favorável para a boa evolução do seu quadro clínico. Por tais razões, nem mesmo o *home care* é indicado para o autor.

Nesse sentido:

“Necessita de fisioterapia diária, cinco vezes por semana, para garantir mobilidade e diminuir riscos de internações por complicações vasculares; fonoaudiologia, pelos riscos de aspiração decorrentes de disfagia pelos acidentes vasculares cerebrais; assistência de técnico de enfermagem ou enfermeiro 24 horas por dia, haja vista sua esposa, como já mencionado acima, não ter condições de suprir todas as suas necessidades. O paciente necessita ser internado em clínica de retaguarda, pelos motivos já elencados anteriormente. Não há indicação de home care, pois o domicílio onde mora não possui estrutura para sua movimentação ou suporte de materiais necessários para o home care” (fl. 23).

Dessa forma, se os profissionais credenciados ou admitidos pela ré prescrevem o tratamento, visando a cura ou melhora da doença, o procedimento deve merecer cobertura contratual, mesmo que não encontre previsão na lista dos procedimentos médicos da ANS. Entende-se a preocupação das empresas de seguro saúde ou assistência médica em evitar o custeio, mas, no caso concreto, está-se realizando o próprio objeto do contrato, qual seja, a busca da cura, cujo cumprimento somente deve ser afastado em situações extremas.

Referido entendimento se encontra sedimentado na Súmula 102, do TJSP, *in verbis*:

“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”.

Ademais, prevalece o entendimento de que o rol da ANS é de taxatividade mitigada, sendo que o próprio art. 10, § 12, da Lei nº 9.656/98, afirma se tratar de mera “referência básica para os planos privados”.

Não há dúvidas de que o mal de que padece o autor tem cobertura contratual, pelo que a ré propõe simplesmente que se negue tratamento, já que não aponta qual seria a estratégia médica a ser adotada no caso, em substituição ao tratamento indicado pelos médicos responsáveis.

Impende salientar, ainda, que o atendimento fora do ambiente hospitalar é benéfico para ambas as partes, pois tende a ser menos custoso para a seguradora e enseja a liberação de leitos, bem como evita os riscos de infecção hospitalar e, como consequência, o agravamento da saúde do

autor.

A esse respeito, colho precedentes deste E. Tribunal de Justiça:

“Aliás, a não ser assim e chegar-se-ia à conclusão absurda de que as mesmas despesas estariam cobertas se a autora permanecesse internada, em vez de fazê-lo em instituição de retaguarda, frise-se, por recomendação e na forma da indicação de seus médicos. A isso se somam as vantagens do tratamento extra-hospitalar para ambas as partes, uma vez sabido que internações hospitalares são mais caras e com riscos maiores para os pacientes, quando não são estritamente necessárias, pelo que existem os programas de internação domiciliar, ou em clínica de transição, como no caso. Veja-se, não é demais repetir o que já antes se disse: se se trata de procedimento medicamente indicado para enfrentar doença coberta, então tem-se uma exclusão abusiva, daquelas constitutivas do que se chama de cláusula perplexa, que priva o negócio de seu efeito básico” (TJSP; Apelação Cível 1011261-05.2024.8.26.0001; Relator (a): Claudio Godoy; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional I - Santana - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 27/02/2025; Data de Registro: 27/02/2025).

“Consigne-se, na sequência, que, ao contrário do quanto sustentado pela empresa recorrente, havendo prescrição do médico responsável pelo tratamento da paciente (vide fls. 32/33), recomendando, expressamente, o atendimento em regime domiciliar (home care) - no caso, atendimento a ele equiparado, a saber, clínica de retaguarda - como o meio mais adequado para as condições de saúde apresentadas, a cobertura se mostra devida. [...] Muito embora, não se negue a existência de cláusula contratual que exclui enfermagem, assistência médica domiciliar e home care, não pode prevalecer a negativa, vez que o tratamento consiste em nada mais do que em uma forma de internação domiciliar, na qual se proporciona ao paciente tratamento semelhante ao que receberia se estivesse nas dependências do hospital, a menor custo e sem riscos adicionais à saúde” (TJSP; Apelação Cível 1039192-77.2024.8.26.0002; Relator (a): Clara Maria Araújo Xavier; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 14/02/2025; Data de Registro: 14/02/2025).

Assim, por todos os motivos aqui expostos, a negativa de cobertura securitária não merece subsistir.

No mais, o próprio requerente afirmou que está internado na clínica “*Humana Magna*”, pertencente à rede credenciada (fls. 432/433), tornando desnecessária qualquer deliberação acerca do reembolso.

Fica acolhido, entretanto, o pedido para que o requerente apresente, a cada 6 meses, relatório médico atualizado que comprove a necessidade de manutenção do tratamento.

Considerando que a sentença foi proferida já sob a atual legislação, mas considerando o acolhimento parcial do recurso, mantenho a sucumbência fixada em primeiro grau de jurisdição, proporcional ao valor da causa, nos termos do artigo 85, § 2º., do CPC.

“A majoração da verba honorária sucumbencial recursal, prevista no art. 85, § 11, do CPC/2015, pressupõe a existência cumulativa dos seguintes requisitos: a) decisão recorrida publicada a partir de 18.03.2016, data de entrada em vigor do novo Código de Processo Civil; b) recurso não conhecido integralmente ou não provido, monocraticamente ou pelo órgão colegiado competente; e c) condenação em honorários advocatícios desde a origem no feito em que interposto o recurso”. ([AgInt no AREsp 1349182/RJ](#), Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 10/06/2019, DJe 12/06/2019; [AgInt no AREsp 1328067/ES](#), Rel. Ministro GURGEL DE FARIA, PRIMEIRA TURMA, julgado em 09/05/2019, DJe 06/06/2019; [AgInt no AREsp 1310670/RJ](#), Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 30/05/2019, DJe 03/06/2019).

Posto isso, **dou parcial provimento** ao recurso, para determinar ao autor que apresente, a cada seis meses, relatório médico atualizado que comprove a necessidade de manutenção do tratamento, mantidos os demais termos da sentença proferida.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora