



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000427871

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1005546-65.2024.8.26.0038, da Comarca de Araras, em que é apelante UNIMED ARARAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, é apelado PEDRO HENRIQUE BATISTA DE SOUZA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª 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 CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente sem voto), ENIO ZULIANI E ALCIDES LEOPOLDO.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

VITOR FREDERICO KÜMPEL

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Voto: 11000

Apelação Cível: 1005546-65.2024.8.26.0038

Apelante: Unimed Araras Cooperativa de Trabalho Médico

Apelado: Pedro Henrique Batista de Souza

Origem: Foro de Araras – 3ª Vara Cível

Juiz(a) de origem: Dr. Antonio Cesar Hildebrand e Silva

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. FORNECIMENTO DE TRATAMENTO DE EQUOTERAPIA. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame 1. Recurso de Apelação interposto por Unimed Araras Cooperativa de Trabalho Médico contra Pedro Henrique Batista de Souza, visando a reforma de sentença que julgou procedente o pleito formulado nesta ação de obrigação de fazer, determinando a cobertura do tratamento de equoterapia pelo período a ser determinado pelo médico que acompanha o paciente.

II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em verificar: (i) o cerceamento de defesa pelo julgamento antecipado da lide, considerando a não de produção de prova técnica e (ii) a obrigatoriedade de cobertura de tratamento não previsto no rol de procedimentos mínimos da ANS.

III. Razões de Decidir 3. A documentação apresentada é suficiente para formar o convencimento do julgador, afastando o cerceamento de defesa, uma vez que o feito comportava julgamento antecipado e que o tratamento fora expressamente indicado por médico especialista o qual acompanha o paciente. Ainda que o perito divergisse da opinião médica, não se poderia dizer que o tratamento é inadequado, pois há entendimentos diversos na medicina, assim como os há na área jurídica. 4. As cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor da parte vulnerável, sendo abusiva a exclusão de cobertura de tratamentos prescritos por médico especialista, conforme o Código de Defesa do Consumidor. Cabe ao “expert” que o acompanha e não ao plano de saúde indicar qual o melhor tratamento a ser ofertado ao paciente. 5. Lei 14.454/22 estabelece que o rol de procedimento obrigatórios da ANS constitui referência básica para os planos de saúde, superando a alegada taxatividade do dispositivo. 6. Ecuoterapia reconhecida como método eficaz para a reabilitação de pessoas com deficiência, com fulcro na Lei 13.830/2019, no Processo-Consulta CFM nº 1.386/95 (PC/CFM/nº 06/97) e na Resolução nº 348/2008 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

IV. Dispositivo e Tese 7. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura de tratamento prescrito por médico especialista que acompanha o paciente é abusiva. 2. O rol de procedimentos mínimos obrigatórios da ANS é referência básica para os contratos de plano de saúde.

Vistos.

Trata-se de Recurso de Apelação interposto por **Unimed Araras Cooperativa de Trabalho Médico** contra **Pedro Henrique Batista de Souza** em razão da sentença de fls. 141/145, cujo relatório se adota, que julgou procedentes os pedidos iniciais formulados nesta ação de obrigação de fazer com pedido de tutela de urgência nas seguintes linhas: *“Isto posto e pelo mais que dos autos consta, JULGO PROCEDENTE o pedido e faço para tornar definitiva a tutela de urgência deferida (fls. 41/42), fornecendo o tratamento ao autor, pelo período a ser determinado pelo médico que o acompanha.”*

Insurge-se a Apelante (fls. 148/161) ao argumento de que restou configurado o cerceamento de defesa, uma vez indeferida a produção de prova técnica, de modo a aferir a comprovação científica e a eficácia do tratamento de equoterapia para o paciente; de que o tratamento pleiteado não está previsto no rol de procedimentos mínimos obrigatórios da ANS, que por sua vez é taxativo; e de que não há previsão contratual, e portanto ausente a obrigatoriedade de cobertura pelo plano de saúde, considerando o caráter experimental da medida e o não preenchimento dos requisitos para as hipóteses de exceção. Pede pelo provimento do recurso para anular a r. sentença recorrida, remetendo-se os autos à origem para a produção de adicional de provas ou subsidiariamente reformar a decisão, julgando improcedente a pretensão autoral.

Recurso tempestivo e preparado.

Contrarrazões às fls. 167/171.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

Relevante fazer menção à regular tramitação do feito em primeiro grau de jurisdição sob a presidência da MM Juiz de Direito Dr. Antonio Cesar Hildebrand e Silva, cujo conteúdo decisório deve ser mantido em sua íntegra.

Aduz a Apelante, preliminarmente, que o indeferimento da produção de prova técnica, com o consequente julgamento antecipado do feito, configura cerceamento do direito de defesa, à medida em que há necessidade de verificação da eficácia científica do tratamento e de adequação para o caso específico do paciente.

As alegações preliminares, entretanto, não merecem prosperar, tendo em vista a documentação carreada, a qual reuniu elementos suficientes para que o julgador pudesse formar o seu convencimento, sem necessidade de outras provas. Uma vez reunindo o feito elementos suficientes para nortear a decisão judicial tal como o caso se mostra desnecessário o prosseguimento da dilação probatória. Sobre o tema proclama o colendo Superior Tribunal de Justiça: *“Presentes as condições que ensejam o julgamento antecipado da causa, é dever do juiz, e não mera faculdade assim proceder”* (STJ-4ª T., REsp 2.832, Min. Sálvio de Figueiredo, j. 14.8.90, DJU 17.9.90).

Ademais, cabe ao julgador, na esteira do artigo 130 do Código de Processo Civil, determinar as provas necessárias à instrução do processo. Em nota ao dispositivo supra, THEOTONIO NEGRÃO, JOSÉ ROBERTO F. GOUVÊA e LUIS GUILHERME A. BONDIOLI¹ advertem que *“...sendo o juiz o destinatário da prova, somente a ele cumpre aferir sobre a necessidade ou não de sua realização: JTJ 317/189 (AP 964.735-0/3), RJM 185/213 (AP 1.0313.07.219415-9/001)”*.

No mesmo sentido, *“o julgamento antecipado da lide, por si só, não caracteriza cerceamento de defesa, já que cabe ao magistrado apreciar livremente as provas dos autos, indeferindo aquelas que considere inúteis ou meramente protelatórias”* (STJ - 3ª Turma, Resp 251.038/SP, j. 18.02.2003, Rel. Min. Castro Filho).

Com efeito, a Apelante sustenta que a perícia técnica seria imprescindível para averiguar a pertinência e a eficácia do tratamento, considerando que a prova constante aos autos foi produzida de forma unilateral pelo Apelado. Contudo, ainda que o perito divergisse da opinião médica, não se poderia dizer que o tratamento é inadequado, nem tampouco ineficaz, pois há entendimentos diversos na medicina, assim como os há na área jurídica, de modo que a opção de um método ao invés de outro não caracteriza inadequação do tratamento.

Ademais, cabe ressaltar que o tratamento fora prescrito por dois profissionais distintos após a devida análise do quadro clínico do paciente (fls. 37/38).

Desse modo, não se verifica o alegado cerceamento de defesa suscitado.

A pretensão recursal, por sua vez, vem fundada nas teses de ausência de obrigação do plano de saúde em custear o tratamento de equoterapia, uma vez que está fora do rol taxativo de procedimentos mínimos obrigatórios da ANS, que se trata de procedimento experimental e que a hipótese apresentada não preenche os requisitos de exceção, pois não foram esgotados os procedimentos listados no rol, há substituto terapêutico previsto e não há comprovação científica de eficácia do tratamento pleiteado, as quais não comportam acolhimento.

Prima facie, insta salientar a indubitável aplicabilidade das normas e princípios norteadores do Código de Defesa do Consumidor aos contratos e convênios médicos de planos de saúde.

A Lei Consumerista ingressou em nosso ordenamento jurídico tendo como finalidade a tutela das relações de consumo, dando proteção constitucional ao consumidor ante o fornecedor, segundo consta no artigo 5º, inciso XXXII, da Carta Magna. Desse modo, não se pode negar que a parte Autora enquadra-se no caput do artigo 2º da Lei nº 8.078/90, como consumidor, porquanto contrataram a prestação de serviço na qualidade de destinatária final. A parte Requerida, nesse sentido, constitui-se como fornecedora, em consonância ao artigo 3º, caput, do referido diploma legal.

Cumpra esclarecer ademais que a parte autora é considerada consumidora em relação ao contrato firmado pelas partes, assim reconhecido pelo teor da Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual *“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão (STJ. 2ª Seção. Aprovada em 11/04/2018, DJe 17/04/2018)”*.

Outrossim, incontável a aplicabilidade das normas elencadas pela Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Importante salientar que a referida lei especial não afasta a incidência do Código de Defesa do Consumidor nas relações entre operadoras de planos de saúde e segurados, pois ambos os sistemas normativos seguem princípios similares, estabelecendo entre si a complementariedade, afastada, portanto, a antinomia.

Neste dado raciocínio, o art. 35-G da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2177-44, de 24 de agosto de 2001, estabelece a incidência e complementariedade do CDC (Lei nº 8.078/90, de hierarquia constitucional art. 48 ADCT/CF) aos contratos de plano de saúde.

Destarte, consolidou-se na doutrina e jurisprudência hodierna que os contratos de planos de saúde constituem-se, evidentemente, como contratos de adesão. Nesse quadro, observados a vulnerabilidade e hipossuficiência do consumidor, as normas contratuais serão sempre interpretadas em seu favorecimento, observado o princípio da boa-fé objetiva.

Em relação ao tratamento, **importante esclarecer que cabe ao “expert” que o acompanha e não ao plano de saúde indicar qual o melhor tratamento a ser ofertado ao paciente**, portanto ante a expressa indicação médica e concordância de seus familiares, a exclusão de cobertura é abusiva, contrariando o próprio objeto do contrato (art. 51, IV, CDC) o que equivaleria a negar o direito a uma vida com dignidade. Nesse sentido, já decidiu de modo inequívoco os Tribunais Superiores:

“CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO
NO RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO

SOB A ÉGIDE DO NCPC.AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. RECUSA NO CUSTEIO DE TRATAMENTO. INOVAÇÃO RECURSAL. DESCABIMENTO. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022 DO NCPC. NÃO OCORRÊNCIA. TERAPIA MULTIDISCIPLINAR. LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES. IMPOSSIBILIDADE. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS. EXEMPLIFICATIVO. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONFORMIDADE COM A JURISPRUDÊNCIA DOMINANTE DO STJ. SÚMULA Nº 568 DO STJ. LIMITES DO REEMBOLSO À TABELA PRATICADA PELO PLANO. FALTA DE PRÉ-QUESTIONAMENTO. SÚMULA Nº 211 DO STJ. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. (...) 4. A jurisprudência desta Corte entende abusiva a cláusula contratual ou o ato da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de terapia por esgotamento do número de sessões anuais asseguradas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. 5. A falta de previsão de material solicitado por médico, ou mesmo tratamento, no rol da ANS, não representa a exclusão tácita da cobertura contratual. (...) 8. Agravo interno não provido.” (AgInt no REsp 1919906. Ministro MOURA RIBEIRO. DJ de 15.4.2021).

No mais, tendo as partes celebrado contrato com previsão de cobertura de despesas relativas à assistência médico-hospitalar, sob a égide do Código de Defesa do Consumidor, não poderia a Ré negar ao Autor cobertura dos custos o tratamento indicado pelo médico que o assiste.

Na hipótese em comento, o Apelado é beneficiário do

plano de saúde administrado pela Operadora, conforme contratação acostada em fls. 17/34 e 98/125.

O contrato, ainda, não exclui a cobertura das moléstias que acometem a parte Autora, sendo de rigor a cobertura do tratamento indicado, não se reputando plausível a negativa de cobertura integral dos procedimentos necessários a tal tratamento, sob pena de torná-lo ineficaz ao seu objetivo. Ora, não há como se excluir o tratamento destinado ao restabelecimento do paciente, ainda mais quando o procedimento tenha sido indicado por médico especialista, como se vislumbra pelos relatórios médicos de fls. 37/38.

Esse entendimento, inclusive, foi congregado em enunciados sumulares orientativos desta Corte:

“Súmula 96: Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento.”

“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.”

Dessa maneira, havendo a citada cobertura, é obrigação da Apelante disponibilizar o tratamento indicado ao consumidor, sendo descabida a alegação de que deve prevalecer a cláusula do contrato, porque coloca o consumidor em desvantagem exagerada, indo contra os princípios da boa-fé e equilíbrio contratual.

Havendo prescrição de tratamento pelo médico para a evolução da saúde e do bem-estar do paciente, o plano de saúde não pode interferir ou restringir os procedimentos adotados pelo profissional, o que caracteriza a

conduta ilícita. Vale lembrar que é considerada iníqua a cláusula que limita a cobertura a doenças, procedimentos e tratamentos. Assim, não se pode negar o direito do segurado a uma vida com dignidade, quando houver um tratamento idôneo a aliviar seu sofrimento, restituindo sua qualidade de vida e estendendo sua sobrevida.

Nessa mesma toada, julgados deste E. TJSP:

PLANO DE SAÚDE – Sentença de procedência parcial para condenar a ré ao custeio de tratamento multidisciplinar em rede credenciada ou, na sua falta, o reembolso integral, sob pena de pagamento direto ao prestador do serviço – Apelação da ré – Autor menor diagnosticado com transtorno do espectro autista – Negativa de cobertura de tratamento multidisciplinar – Descabimento – Incidência do CDC – Súmulas 100 do TJSP e 469 do STJ – **Existência de indicação médica expressa para o tratamento – Previsão de cobertura da patologia – Abusividade na conduta da ré reconhecida – Aplicação da Súmula 102 deste Tribunal de Justiça – Cobertura dos métodos prescritos – Viabilidade – Não cabe ao plano de saúde interferir na relação médico/paciente, cabendo ao profissional que o assiste eleger o tratamento mais adequado** – RN 539/2022 reconheceu o tratamento por qualquer método ou técnica, conforme prescrição médica – Precedentes – Reembolso integral na falta da rede credenciada apta – Admissibilidade – Exclusão, contudo, da terapia prescrita em ambiente natural como residência e escola – Falta de previsão contratual – Relatório médico não descreve impossibilidade de locomoção do paciente até a clínica – Precedentes – Cerceamento de defesa afastado – Sentença parcialmente reformada –

RECURSO PROVIDO EM PARTE. (TJSP; Apelação Cível 1002693-49.2024.8.26.0114; Relator (a): Benedito Antonio Okuno; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Data de Julgamento: 26/03/2025; Data de Publicação: 26/03/2025) (grifei).

APELAÇÃO CÍVEL - PLANO DE SAÚDE - Ação de obrigação de fazer - Negativa de cobertura de sessões de terapia ocupacional, psicoterapia e fonoterapia - Inadmissibilidade - **É vedado à seguradora influir na escolha do tratamento ao paciente, cabendo, apenas, ao médico essa escolha Inteligência da Súmula nº 102 deste E. TJSP que não pode ser relativizada como pretende a recorrente** - Sentença mantida - Recurso não provido” (TJSP; Apelação 1037123-71.2017.8.26.0114; Relator (a): José Carlos Ferreira Alves; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Campinas - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 09/04/2018; Data de Registro: 09/04/2018) (grifei).

APELAÇÃO - Plano de Saúde Ação de Obrigação de Fazer c/c Danos Morais - Alegação de negativa do plano de saúde para cobertura dos tratamentos multidisciplinares prescritos aos autores portadores de Transtorno do Espectro Autista - Sentença de parcial procedência - Inconformismo das partes: da ré, pleiteando seja afastada a obrigatoriedade da cobertura aos tratamentos de musicoterapia e psicomotricidade, visto não constarem no rol de procedimentos obrigatórios da ANS e a legalidade da limitação contratual; dos autores, adesivamente, pleiteando a

condenação da ré no pagamento integral do tratamento realizado fora da rede credenciada, visto que a perícia realizada nos autos constatou que a clínica credenciada a ré não possui aptidão para aplicação das terapias de acordo com os relatórios médicos, a inclusão da hidroterapia e da equoterapia na cobertura e, ainda, o pagamento de indenização por danos morais e a fixação dos honorários de sucumbência com base no valor da causa e não por equidade - **Cabe ao médico que acompanha o paciente, e não ao plano de saúde, determinar qual o tratamento, medicamento ou exame utilizado para a solução da moléstia, de modo que, havendo prescrição médica e sendo a moléstia abrangida pelo contrato, tem a ré a obrigação de custear o tratamento na forma solicitada, sem limites de sessões, sob pena de se inviabilizar-se o objeto do próprio ajuste** - Pericial judicial que constatou pela inaptidão da rede credenciada em fornecer o tratamento na forma solicitado - Possibilidade de realização do tratamento em clínica particular a escolha dos autores a ser custeado integralmente pela ré - Caso em que os autores, necessitando do tratamento médico “sub judice”, foram submetidos à intenso sofrimento ante a negativa da ré de prover o custeio, na forma prescrito pelo médico, o que ultrapassa limite do aceitável, caracteriza-se o ato ilícito em ofensa danosa à esfera de dignidade dos autores - Danos morais caracterizados - Quantum fixado em R\$ 10.000,00 - Honorários advocatícios a ser fixados com base no valor da condenação - Recurso provido dos autores e desprovido o da ré. (TJSP; Apelação Cível 1002708-21.2023.8.26.0577; Relator

(a): José Aparicio Coelho Prado Neto; Órgão Julgador:
10ª Câmara de Direito Privado; Data de Julgamento:
27/02/2025; Data de Publicação: 27/02/2025) (grifei).

A despeito da ausência de previsão de terapias pelos métodos específicos prescritos no rol taxativo de procedimentos obrigatórios da ANS, constam dos relatórios médicos a justificativa técnica para o seu custeio, fundada na eficácia desses métodos específicos, por garantir uma melhor resposta terapêutica para o quadro clínico em questão.

Oportuno esclarecer que não se desconhece o teor do julgamento dos recursos especiais n. 1.886.929/SP e 1.889.704/SP que, por maioria de votos, considerou taxativo o rol de procedimentos estabelecido pela ANS.

No entanto, a questão restou superada como advento da Lei 14.454/22, como bem pontuou o juízo de origem, cuja vigência iniciou-se a partir da publicação, em 21/9/22, para impor alterações na Lei nº 9.656/98, consignando expressamente que o Rol da ANS não é taxativo, constituindo apenas “referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados”.

Com efeito, o caso dos autos se submete à hipótese disposta no inciso I, § 13, artigo 10 da Lei de nº 9.656/98, de modo que incabível a negativa de cobertura de terapias indicadas pelo profissional especialista, como necessárias ao tratamento de doença efetivamente coberta pelo contrato de plano de saúde, independentemente de sua previsão no rol de coberturas obrigatórias da ANS.

Não há mais dúvida interpretativa. A ANS entende que há cobertura obrigatória para o método específico indicado pelo médico assistente, como é o caso dos autos.

Se o tratamento de determinada doença é assegurado contratualmente, todos os procedimentos solicitados de maneira embasada pelo médico, como necessários à cura e à melhor recuperação do paciente estarão acobertados.

No que concerne à equoterapia, cabe destacar que o Conselho Federal de Medicina, no Processo-Consulta CFM nº 1.386/95 (PC/CFM/nº 06/97), se manifestou pelo *"reconhecimento da equoterapia como método a ser incorporado ao arsenal de métodos e técnicas direcionados aos programas de reabilitação de pessoas com necessidades especiais"*.

Igualmente, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, por meio da Resolução nº 348/2008, admitiu a equoterapia como *"recurso terapêutico, de caráter não corporativo, transdisciplinar aos tratamentos utilizados pelos fisioterapeutas e pelos terapeutas ocupacionais inseridos no campo das práticas integrativas e complementares"*. Nessa senda, ainda, foi editada a Lei 13.830/2019, que reconheceu a equoterapia como método de reabilitação que utiliza o cavalo em abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação voltada ao desenvolvimento biopsicossocial da pessoa com deficiência (§ 1º do art. 1º).

No caso, a escolha da terapêutica foi devidamente justificada pelos médicos especialistas responsáveis, cujos relatórios são expressos no sentido da necessidade equoterapia (fls. 37/38). Não se vislumbra, portanto, inadequação ou ineficácia do tratamento de equoterapia recomendado pelos profissionais que acompanham o paciente.

Na mesma linha, já se posicionou esta Corte:

EMENTA: PLANO DE SAÚDE - AUTORA, MENOR IMPÚBERE, PORTADORA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CID: 10 F 84) - TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PELOS MÉTODOS ABA E PECS - RECUSA DE COBERTURA DE SESSÕES DE EQUOTERAPIA - ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PREVISÃO NO ROL DA ANS - ABUSIVIDADE CONTRATUAL - PRESCRIÇÃO MÉDICA - RECUSA INJUSTIFICADA - DOENÇA COBERTA PELO

CONTRATO - INTELIGÊNCIA DA SÚMULA 102 DESTE E. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO – **RELATÓRIO MÉDICO QUE RECOMENDA O TRATAMENTO – LEI 14.454/2022 - EQUOTERAPIA AFIGURA-SE COMO TRATAMENTO PREVISTO NA LEI 13.830/2019, VISANDO À REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA** – PRECEDENTE - A OPERADORA NÃO APONTOU A EXISTÊNCIA DE OUTRO TRATAMENTO LISTADO NO ROL DE PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS DA ANS COMEFICÁCIA PARA O TRATAMENTO DO AUTOR (RECURSOS ESPECIAIS 1.886.929/SP E 1.889.704/SP) – SENTENÇA MANTIDA – RECURSO DESPROVIDO. (TJSP – Apelação Cível nº 1016489-42.2022.8.26.0320; Relator(a): Theodureto Camargo; 8ª Câmara de Direito Privado; Comarca: Limeira; Data de Julgamento: 16/04/2025; Data de Publicação: 16/04/2025) (grifei).

APELAÇÃO CÍVEL - Plano de Saúde - Obrigação de fazer - Pretensão ao fornecimento de equoterapia a beneficiário diagnosticado com paralisia cerebral - Procedência do pedido - Irresignação da ré - Alegação de que o procedimento não possui previsão no rol de cobertura obrigatória da ANS e não estão preenchidas as condições legais que autorizam a cobertura do procedimento fora do rol, por ausência de comprovação da eficácia à luz da medicina baseada em evidência científica - Não acolhimento - **O reconhecimento legal da equoterapia como método de reabilitação (art. 1º, § 1º, da Lei nº 13.830/19) demonstra inequivocamente haver eficácia no tratamento**

pleiteado conforme o critério de Saúde Baseada em Evidência Resolução COFFITO nº 348/08 reconhece a equoterapia como recurso terapêutico - Precedente deste Eg. - Sodalício com manifestações favoráveis do perito judicial e do NatJus - Sentença mantida RECURSO DESPROVIDO. (TJSP – Apelação Cível nº 1012492-25.2023.8.26.0576; Relator(a): Fernando Reverendo Vidal Akaoui; 7ª Câmara de Direito Privado; Comarca: São José do Rio Preto; Data de Julgamento: 15/04/2025; Data de Publicação: 15/04/2025) (grifei).

Ante o exposto, fica a sentença mantida inclusive por seus próprios e suficientes fundamentos, que adoto como razão de decidir, segundo permite o art. 252 do Regimento Interno do Tribunal de Justiça de São Paulo, que dispõe: *“Nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la.”*

O Colendo Superior Tribunal de Justiça tem prestigiado este entendimento quando predominantemente reconhece “a viabilidade de o órgão julgador adotar ou ratificar o juízo de valor firmado na sentença, inclusive transcrevendo-a no acórdão, sem que tal medida encerre omissão ou ausência de fundamentação no decisum” (REsp. nº 662.272-RS, 2ª Turma, Rel. Min. JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, j. de 4.9.2007; REsp nº 641.963-ES, 2ª Turma, Rel. Min. CASTRO MEIRA, j. de 21.11.2005; REsp nº 592.092-AL, 2ª Turma, Rel. Min. ELIANA CALMON, j. 17.12.2004 e REsp nº 265.534 DF, 4ª Turma, Rel. Min. FERNANDO GONÇALVES, j. de 1.12.2003).

Ressalto que o presente acórdão enfocou as matérias necessárias à motivação do julgamento, tornando claras as razões do *decisum*. Todavia, para viabilizar eventual acesso às vias extraordinária e especial, considero prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional, observando o pacífico entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que, tratando-se

de prequestionamento, é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida (EDROMS18205 / SP, Ministro FELIX FISCHER, DJ 08.05.2006 p. 240).

No mais, de modo a evitar o ajuizamento de Embargos de Declaração, registre-se que, ficam preteridas as demais alegações, por incompatíveis com a linha de raciocínio adotada, observando que o pedido foi apreciado e rejeitado nos limites em que foi formulado. Por corolário, ficam as partes advertidas, desde logo, que a oposição de embargos de declaração fora das hipóteses legais e/ou com postulação meramente infringente lhes sujeitará a imposição da multa prevista pelo artigo 1.026, § 2º, do Código de Processo Civil.

Por fim, nos termos do artigo 85, § 11º do Código de Processo Civil, majoro os honorários advocatícios, fixados em Primeiro Grau, em favor dos patronos do Autor no montante de 10% (dez por cento) do valor atualizado da causa, para 15% (quinze por cento), em vista da natureza e da complexidade da causa, do zelo dos profissionais e do trabalho realizado (artigo 85, § 2º do Código de Processo Civil), observado eventual benefício de gratuidade de justiça.

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

VITOR FREDERICO KÜMPEL
Relator(a)
Assinatura Eletrônica