



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000702476

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1026303-54.2024.8.26.0564, da Comarca de São Bernardo do Campo, em que é apelante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelada [REDACTED] BEZERRA DOS REIS CHAGAS.

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 sem voto), ENÉAS COSTA GARCIA E AUGUSTO REZENDE.

São Paulo, 11 de julho de 2025.

ALEXANDRE MARCONDES

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

1ª Câmara de Direito Privado

Apelação Cível nº 1026303-54.2024.8.26.0564

Comarca: São Bernardo do Campo (5ª Vara Cível)

Apelante: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Apelada: [REDACTED] Bezerra dos Reis Chagas

Juiz sentenciante: Heitor Moreira de Oliveira

Voto nº 37.727

Ementa: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. COBERTURA DE CIRURGIAS. IMPLANTE DE ELETRODO CEREBRAL PROFUNDO PARA PORTADOR DE DOENÇA DE PARKINSON. ROL DA ANS. LIMITES DE COBERTURA. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. 1.- Ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais visando à autorização e custeio integral de procedimento cirúrgico prescrito para tratamento de Doença de Parkinson. 2.- A questão em discussão consiste em examinar: (i) a obrigatoriedade de cobertura de procedimentos não previstos no rol da ANS e (ii) a possibilidade de reembolso de despesas fora da rede credenciada. 3.- A recomendação médica prevalece sobre eventual lacuna nas normas administrativas da ANS, sendo a negativa de cobertura abusiva. 4.- A jurisprudência do STJ e a Lei nº 14.454/2022 permitem a cobertura de procedimentos não previstos no rol da ANS, desde que haja prescrição médica e comprovação de eficácia. 5.- Procedimento já listado no rol da ANS, conforme RN nº 553/2022. 6.- Parecer do NAT-Jus desta Corte que foi favorável à cobertura dos procedimentos, atestando sua pertinência e eficácia. 7.- Cobertura do tratamento que, entretanto, deve ocorrer em estabelecimentos e médicos credenciados, ficando o pagamento integral de despesas particulares restrito à hipótese de inexistência ou insuficiência técnica da rede do plano de saúde. Recurso parcialmente provido.

A r. sentença de fls. 213/217, de relatório

adotado, ***julgou parcialmente procedente*** ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais movida por [REDACTED] **Paola Bezerra dos Reis Chagas** em face de **Amil Assistência Médica Internacional S/A**, condenando a ré a autorizar e custear integralmente o procedimento cirúrgico prescrito à autora, incluindo todos os materiais indispensáveis, os procedimentos acessórios necessários e as despesas médico-hospitalares decorrentes, nos termos exatos da indicação médica. Em razão da sucumbência, a ré também foi condenada ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios de 10% do valor atualizado da causa.

A ré recorre sustentando, pelas razões de fls. 220/229, que os procedimentos prescritos à autora não estão previstos no rol da ANS e tampouco preenchem os requisitos das Diretrizes de Utilização daquela agência reguladora, não sendo de cobertura obrigatória. Destaca o caráter taxativo das referidas disposições administrativas, bem como a ausência de comprovação dos requisitos para sua excepcional relativização. Afirma, por fim, que o reembolso das despesas médico-hospitalares havidas fora da rede credenciada deve observar os limites do contrato.

Contrarrazões a fls. 246/247.

Não há oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

O recurso comporta parcial provimento.

A autora é beneficiária de plano de saúde da Amil e portadora de Doença de Parkinson, apresentando “*tremor, rigidez e bradicinesia progressiva*”.

Em razão de piora neurológica recente, o médico responsável pelo acompanhamento da autora lhe prescreveu tratamento cirúrgico envolvendo os seguintes procedimentos: “*Implante de eletrodo cerebral profundo*”, “*Implante de eletrodo para estimulação cerebral ou medular*”, “*Implante de gerador para neuroestimulação*” e “*Curativo especial sob anestesia*” (fls. 28/30).

Contrariando a recomendação médica, a ré afirma que não está obrigada ao fornecimento do tratamento, dado que as intervenções não estão previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar e/ou estão em desconformidade com as Diretrizes de Utilização daquela agência reguladora.

Ocorre que a recomendação para a realização do tratamento da autora é de ordem médica e o conhecimento de suas necessidades é dos profissionais que a atendem.

A orientação terapêutica é de responsabilidade exclusiva dos médicos, não cabendo às operadoras de planos de saúde negar a cobertura de um ou outro procedimento cirúrgico, sob pena de

pôr em risco a saúde do paciente.

A negativa fundada em normas administrativas da ANS não subsiste, sendo pertinente, nesta quadra, a lição do eminente Desembargador Francisco Eduardo Loureiro: *“É rigorosamente irrelevante que a ANS não tenha ainda catalogado o medicamento ou o tratamento ministrado ao paciente pelo médico que o assiste. Entre a aceitação da comunidade científica e os demorados trâmites administrativos de classificação, não pode o paciente permanecer a descoberto, colocando em risco bens existenciais. Evidente que não pode um catálogo de natureza administrativa contemplar todos os avanços da ciência, muito menos esgotar todas as moléstias e seus meios curativos usados pela comunidade médica com base científica”* (“Planos e Seguros de Saúde in Responsabilidade Civil na Área da Saúde”, Coord. Regina Beatriz Tavares da Silva, Ed. Saraiva, Série GVlaw, 2007, p. 308).

Além disso, a jurisprudência do C. Superior Tribunal de Justiça tem se posicionado no sentido de que sob determinadas condições pode o plano de saúde definir quais doenças serão cobertas, porém não a forma de diagnóstico ou tratamento, prevalecendo, quanto a estes, e excluídos os casos teratológicos, a prescrição médica.

É o que se decidiu, por exemplo, ressalvadas as particularidades do caso, no julgamento do **REsp nº 668.216**, relator o Ministro Carlos Alberto Menezes Direito (**j. 15/03/2007**): *“O plano de*

saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Se a patologia está coberta, no caso, o câncer, é inviável vedar a quimioterapia pelo simples fato de ser esta uma das alternativas possíveis para a cura da doença. A abusividade da cláusula reside exatamente nesse preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, em razão de cláusula limitativa, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta”.

Aliás, a posição vencedora no julgamento dos **ERESP n.ºs. 1.886.929-SP e 1.889.704-SP** aponta que a taxatividade do rol da ANS não pode ser absoluta, de sorte que, em situações excepcionais, o Poder Judiciário pode impor o custeio de tratamentos quando comprovada a deficiência estrutural e sistêmica da lista preparada pela autarquia responsável pela saúde complementar no Brasil.

Nessa quadra, a recente Lei nº 14.454/2022 introduziu o § 13 no artigo 10 da Lei nº 9.656/1998, de acordo com o qual é possível a cobertura de procedimentos em princípio não previstos no rol da ANS desde que haja prescrição médica, que exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico (inciso I) ou que 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 (inciso II), requisitos cuja ausência não foi demonstrada pela ré (que inclusive abriu mão da fase instrutória – fls. 195/196).

Cabe ressaltar que o MM. Juiz de Direito *a quo* foi prudente e determinou a realização de consulta ao NAT-Jus desta Corte, que, então, emitiu parecer favorável à cobertura do tratamento (fls. 73/78), assinalando que *“A DBS na doença de Parkinson está bem descrita na literatura, demonstrando benefícios, inclusive a longo prazo. Em casos de doença de Parkinson avançada em que há a perda do controle dos sintomas com as medicações específicas e aumento de dose progressivamente, e quando se exclui sintomas como demência, a cirurgia para implante de estimulador cerebral profundo é uma boa opção terapêutica.”* (fl. 75).

Não fosse isso suficiente, o implante de eletrodo para estimulação cerebral profunda para portadores de doença de Parkinson está listado no rol da ANS, conforme RN nº 553 de 05/12/2022.

São inúmeros os precedentes desta Corte nos quais foi confirmada a obrigação de seguros e planos de saúde darem cobertura ao procedimento de “Estimulação Cerebral Profunda” (*“DBS – Deep Brain Stimulation”*) em casos de pacientes portadores de Doença de Parkinson, o que apenas ratifica a inadmissibilidade da recusa debatida nesta ação.

Confirmam-se, a título exemplificativo:

“DIREITO À SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. CUSTEIO DE TRATAMENTO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA. NEGAÇÃO DE PROVIMENTO AOS RECURSOS. I. Caso em exame Trata-se de ação de obrigação de fazer em que o autor, beneficiário de plano de saúde, requer o custeio de procedimento cirúrgico para implantação de eletrodos de estimulação cerebral profunda, em decorrência de diagnóstico de Doença de Parkinson. A sentença julgou parcialmente procedente o pedido, condenando a requerida ao custeio do tratamento e mantendo a tutela provisória, além de fixar honorários advocatícios. O autor apelou contra a concessão da gratuidade da justiça à requerida, alegando que esta possui ativos financeiros superiores ao alegado déficit. A requerida também apelou, impugnando o valor da causa e alegando cerceamento de defesa, além de questionar a elegibilidade do autor para o procedimento indicado. II. Questão em discussão 5. A questão em discussão consiste em: (i) saber se a requerida preenche os requisitos para a concessão da gratuidade da justiça; (ii) se o valor da causa está corretamente estipulado; (iii) se houve cerceamento de defesa; (iv) se o autor preenche os requisitos das Diretrizes de Utilização para o procedimento solicitado. III. Razões de decidir 6. A requerida demonstrou a insuficiência de recursos para arcar com as despesas processuais, sendo mantida a gratuidade da justiça. 7. O valor da causa, que inclui danos morais e custos do procedimento, está de acordo com o art. 292 do CPC, não havendo fundamento para sua redução. 8. Não houve cerceamento de defesa,

pois a prova pericial não se mostrou necessária, considerando a clareza dos documentos apresentados. 9. O autor preenche os requisitos das Diretrizes de Utilização para o procedimento, conforme relatório médico, e a negativa de cobertura pela requerida não se sustenta. IV. Dispositivo e tese 10. Nega-se provimento a ambos os recursos, mantendo-se a sentença. 11. Tese de julgamento: "1. A gratuidade da justiça é devida à parte que comprovar insuficiência de recursos. 2. O valor da causa deve corresponder à soma dos pedidos cumulados. 3. A negativa de cobertura deve ser fundamentada em evidências concretas." Legislação e Jurisprudência Relevantes Citadas: Legislação CPC, art. 292, VI e § 3º; Lei nº 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor). Jurisprudência STF, AI 637177 AgR, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, Primeira Turma, j. 09/11/2010; STJ, EREsp nº 603.137/MG, Rel. Min. Castro Meira, Corte Especial, j. 02/08/2010; STJ, REsp 668.216/SP, Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito, Terceira Turma, j. 15/03/2007." (Apelação Cível nº 1173291-15.2023.8.26.0100, 4ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Alcides Leopoldo, j. 28/11/2024).

“PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. I. Apelado portador de doença de Parkinson. Negativa de cobertura à procedimento cirúrgico consistente em "Implante de Eletrodos e/ou Gerador para Estimulação Cerebral Profunda", sob o fundamento de ausência de cobertura obrigatória pelo Rol da ANS. Caráter abusivo reconhecido. Ratificação. II. Situação, contudo, em que, por perícia realizada no IMESC, restou consignado que o apelado preenche os requisitos para cobertura obrigatória do

procedimento, segundo as diretrizes do Anexo II do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Ainda que assim não fosse, certo ser irrelevante, de todo modo, o preenchimento ou não no rol de procedimentos obrigatórios da ANS, que é meramente exemplificativo. Existência de prescrição médica indicando que o procedimento se mostra necessário à tentativa de recuperação da saúde do paciente. Aplicação do disposto no artigo 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor e da Súmula n. 102 desta Corte. Precedentes deste E. Tribunal. III. Ofensa, ainda, ao princípio da boa-fé que deve nortear os contratos consumeristas. Ato ilícito reconhecido. Dever de cobertura mantido. RECURSO DESPROVIDO.” (Apelação Cível nº 1019983-85.2019.8.26.0071, 3ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Donegá Morandini, j. 14/10/2021).

Além disso, em acréscimo: **Apelação Cível nº 1080363-11.2024.8.26.0100, 6ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Débora Brandão, j. 11/06/2025; e Apelação Cível nº 1047844-17.2023.8.26.0100, 7ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Luiz Antonio Costa, j. 10/05/2024.**

De toda forma, e daí o parcial provimento do recurso, a cobertura dos procedimentos prescritos à autora, deve ocorrer em estabelecimentos e com médicos integrantes da rede credenciada do plano de saúde.

A cobertura integral das despesas médico-hospitalares particulares somente ocorrerá na hipótese de inexistência ou

de insuficiência técnica da rede credenciada (mediante pagamento direto pela ré).

Caso a autora escolha livremente profissionais e/ou estabelecimentos privados, não utilizando a rede credenciada do plano, o reembolso de seus gastos deverá ocorrer na forma e dentro dos limites do contrato.

E, se inexistir essa previsão de reembolso no contrato (tal como afirma a ré), a cobertura ocorrerá no valor máximo que seria pago dentro da rede credenciada do plano de saúde, a ser aferido em posterior etapa processual.

Por fim, essa observação não altera a distribuição da sucumbência da demanda, ficando mantida a condenação da ré ao pagamento integral das custas, despesas processuais e honorários advocatícios sucumbenciais.

Ante o exposto, **DOU PARCIAL PROVIMENTO** ao recurso.

ALEXANDRE MARCONDES
Relator