Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
27
Carimbado Eletronicamente

APELAÇÃO CÍVEL nº 0812667-37.2024.8.19.0002

Apelante: Notre Dame Intermédica Saúde S.A.

Apelado: Nicolas de Paula Pereira, representado por sua genitora

JUÍZO DE ORIGEM: 6º NÚCLEO DE JUSTIÇA 4.0 – SAÚDE PRIVADA (VARA CÍVEL)

JUIZ PROLATOR DA SENTENÇA: ANA PAULA DELDUQUE MIGUEIS LAVIOLA DE FREITAS

DATA DA DECISÃO: 13/08/2026

RELATOR: DES. LUIZ EDUARDO CAVALCANTI CANABARRO

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. MENOR DIAGNOSTICADO COM BRAQUICEFALIA POSICIONAL. NEGATIVA DE COBERTURA DE ÓRTESE CRANIANA PERSONALIZADA. SENTENÇA QUE CONVERTEU A OBRIGAÇÃO DE FAZER EM PERDAS E DANOS E CONDENOU A

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

LUIZ EDUARDO CAVALCANTI CANABARRO:17773 Assinado em 19/11/2026 18:50:39
Local: GAB. DES. LUIZ EDUARDO CAVALCANTI CANABARRO

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
28
Carimbado Eletronicamente

OPERADORA AO PAGAMENTO DO CUSTO EFETIVAMENTE COMPROVADO. PRELIMINAR DE CERCEAMENTO DE DEFESA. PROVA DOCUMENTAL E TÉCNICA SUFICIENTE. PERÍCIA DESNECESSÁRIA. JULGAMENTO ANTECIPADO CABÍVEL. COBERTURA EXTRA-ROL. ADI 7.265 DO STF. REQUISITOS OBSERVADOS NO CASO CONCRETO. PRESCRIÇÃO MÉDICA INDIVIDUALIZADA, NEGATIVA ADMINISTRATIVA, AUSÊNCIA DE ALTERNATIVA TERAPÊUTICA EQUIVALENTE, EVIDÊNCIAS TÉCNICAS FAVORÁVEIS E REGISTRO SANITÁRIO DO PRODUTO. ÓRTESE DESTINADA A EVITAR INTERVENÇÃO CIRÚRGICA FUTURA. ART. 10, VII, DA LEI Nº 9.656/1998. INAPLICABILIDADE DA EXCLUSÃO AO CASO. DOENÇA PREEXISTENTE. AUSÊNCIA DE EXAME MÉDICO PRÉVIO E DE PROVA INEQUÍVOCA DE MÁ-FÉ. SÚMULA 609 DO STJ. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA INOPONÍVEL. TRATAMENTO REALIZADO EM RAZÃO DO DESCUMPRIMENTO DA TUTELA. CONVERSÃO EM PERDAS E DANOS. ART. 499 DO CPC. VALOR LIMITADO AO DESEMBOLSO DOCUMENTADO DE R$ 5.225,00. IMPOSSIBILIDADE DE DUPLICIDADE. IMPUTAÇÃO AO VALOR BLOQUEADO. SENTENÇA MANTIDA. HONORÁRIOS RECURSAIS. RECURSO DESPROVIDO.

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
29
Carimbado Eletronicamente

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos da Apelação Cível nº **0812667-37.2024.8.19.0002**, em que é apelante **Notre Dame Intermédica Saúde S.A.** e apelado **Nicolas de Paula Pereira, representado por sua genitora.**

RELATÓRIO

Trata-se de apelação interposta por Notre Dame Intermédica Saúde S.A. contra MM Juízo do **6º NÚCLEO DE JUSTIÇA 4.0 – SAÚDE PRIVADA** que, nos autos da ação de obrigação de fazer ajuizada por Nicolas de Paula Pereira, menor representado por sua genitora, julgou parcialmente procedentes os pedidos, nos seguintes termos (fls. 300692097):

> *NICOLAS DE PAULA PEREIRA, menor representado por sua genitora, propôs ação de obrigação de fazer em face de NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.*
>
> *O autor alega ser beneficiário de plano de saúde e portador de braquicefalia posicional (CID Q67.3), para a qual seu médico prescreveu tratamento com órtese craniana personalizada StarBand, após tentativa de reposicionamento sem melhora satisfatória. Sustentou que a intervenção deveria ocorrer antes dos dezoito meses de idade, sob risco de perda da janela terapêutica. Requereu tutela de urgência e, ao final, a confirmação da obrigação de custeio integral do tratamento, então orçado em R$ 17.500,00. Com a petição inicial ID 113165517 vieram os documentos ID 113165520 a ID 113167410.*
>
> *A tutela foi deferida no ID 113776847, determinando a autorização ou o custeio integral do tratamento, bem como a gratuidade de justiça.*
>
> *Petição da ré ID 115706764 requerendo a reconsideração sobre a tutela deferida.*

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
30
Carimbado Eletronicamente

Petição da autora ID 116027921 requerendo o imediato cumprimento da liminar.

Petição da autora ID 118040622 informando que a liminar não foi cumprida.

Após notícias de descumprimento, a multa foi majorada ID 119080406.

A ré contestou ID 118489385. Sustentou cobertura parcial temporária por doença preexistente, ausência de urgência, exclusão contratual e regulatória da órtese não vinculada a ato cirúrgico, caráter extrarrol e insuficiência da evidência científica. Requereu prova pericial. Houve réplica.

Petição da autora ID 119658056 requerendo aplicação de multa, bem como de sua majoração e bloqueio judicial imediato.

Petição da autora ID 122094836 requerendo a conclusão dos autos para que seja realizado o bloqueio judicial conforme decisão de ID 119080406.

Manifestação do Ministério Público ID 122249505 opinando pelo deferimento dos pedidos formulados pelo autor, com urgência, na forma da decisão de index 119080406.

Decisão ID 122354175 revogando a decisão que antecipou os efeitos da tutela (id 113776847 e id 119080406).

Petição da autora ID 126705746 informando que a liminar foi restabelecida em segundo grau no julgamento do agravo nº 0047301-98.2024.8.19.0000 e requerendo o bloqueio judicial dos valores para início imediato do tratamento ou a intimação da requerida para cumprimento em 24 horas.

Petição da autora ID 128800455 declarando que não tem outras provas a produzir nos autos e informando que até a presente data a liminar não foi cumprida.

Petição da autora ID 129454360 requerendo o bloqueio judicial de R$ 17.500,00 (dezessete mil e quinhentos reais) para início imediato do tratamento.

ASSINADO DIGITALMENTE

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
31
Carimbado Eletronicamente

Decisão ID 129826616 determinando a intimação pessoal da ré para cumprir a tutela.

Petição da autora ID 130916491 requerendo o bloqueio judicial de R$ 17.500,00 (dezessete mil e quinhentos reais) para início imediato do tratamento.

Petição da ré ID 133692754 reiterando o pedido exposto em sede de contestação, para que seja deferida a produção de prova pericial por fisioterapeuta.

Manifestação ID 133840779 do Ministério Público opinando que seja deferido o pedido de arresto formulado pela parte autora ao index 132245501, de acordo com o orçamento juntado ao index 129454366.

Decisão ID 134433557 indeferindo o bloqueio do valor nas contas da ré, bem como a produção da prova pericial requerida no ID 133692754.

Petição da autora ID 134950523 requerendo o bloqueio judicial do valor do tratamento ou intimação da requerida para cumprir a liminar.

Petição da ré ID 134957181 requerendo a juntada do contrato e da proposta de contratação do plano cujo autor é beneficiário.

Manifestação do Ministério Público ID 138237532 opinando favoravelmente ao pedido de arresto formulado pela parte autora ao id 132245501, de acordo com o orçamento juntado em id 129454366.

Acórdão ID 140523268 dando provimento ao agravo de instrumento - cível nº 0047301-98.2024.8.19.0000, impetrado pela parte autora.

Decisão saneadora ID 142270377.

Petição da ré ID 144448897 apresentando quesito e assistente técnico.

Decisão ID 155615342 deferindo a expedição de mandado de pagamento para o autor.

Petição da ré ID 157113708 requerendo a juntada do laudo pericial, e a suspensão da liminar até a juntada de análise técnica e o desbloqueio de valores.

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
32
Carimbado Eletronicamente

Manifestação do Ministério Público ID 185133651 opinando contrariamente à impugnação de id 157113708.

Juntada de Acórdãos ID 206250059.

Decisão ID 215296048 determinando a expedição do Mandado de Pagamento em favor do autor para viabilizar a realização do procedimento e indefiro a produção da prova pericial.

O Ministério Público ID 217228041 opinou pela improcedência, ao fundamento de que a doença era conhecida antes da contratação e fora omitida na declaração de saúde.

Embargos de declaração interposto pela ré ID 221536492.

Decisão ID 233218439 não acolhendo os embargos.

Petição da ré ID 238994259 requerendo a reconsideração da decisão saneadora, deferindo-se a produção de prova pericial, única que poderá verificar tecnicamente a prescrição.

Petição da autora ID 259505513 requerendo a manutenção da decisão que indeferiu a prova pericial, bem como preservada a tutela de urgência concedida.

Petição da ré ID 270412246 requerendo suspensão da decisão liminar anteriormente deferida, reconhecendo-se a cessação das obrigações impostas, em razão do cancelamento do contrato por inadimplência, com a consequente ausência de dever de cobertura assistencial.

Petição da autora ID 295327902 informando que a parte ré não cumpriu a tutela de urgência durante o curso do processo, razão pela qual requer a conversão da obrigação de fazer em perdas e danos, com o regular prosseguimento do feito.

É o relatório. Decido.

II – FUNDAMENTAÇÃO

1. Julgamento antecipado e prova pericial

A causa comporta julgamento no estado em que se encontra, nos termos do art. 355, I, do Código de Processo Civil. A controvérsia é predominantemente jurídica e está

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
33
Carimbado Eletronicamente

amparada por relatório médico individualizado, negativa administrativa, documentos regulatórios, notas técnicas NATJUS, estudos científicos e pareceres técnicos emprestados. A prova pericial já foi fundamentadamente indeferida no id. 215296048, decisão mantida no id. 233218439, estando preclusa.

O posterior julgamento da ADI 7.265 pelo Supremo Tribunal Federal não impõe, em todo processo, perícia judicial. Exige decisão tecnicamente qualificada, com verificação dos requisitos materiais e, sempre que disponível, consulta ao NATJUS ou a ente dotado de expertise. Tais elementos constam dos autos

2. Relação de consumo, distribuição do ônus da prova e doença preexistente

A relação é de consumo, incidindo o Código de Defesa do Consumidor, inclusive seus arts. 6º, III, VI e VIII, 14, 47 e 51, além da Lei nº 9.656/1998. A inversão do ônus probatório não é automática e não dispensa a parte autora da prova mínima do fato constitutivo. No caso, essa prova foi produzida. À operadora, detentora dos dados da contratação, da regulação assistencial e da justificativa técnica da negativa, incumbia demonstrar fato impeditivo ou excludente, nos termos dos arts. 373, II, do CPC e 6º, VIII, do CDC. Mesmo sob distribuição dinâmica, a ré não produziu elemento técnico individualizado capaz de infirmar a indicação médica ou demonstrar alternativa terapêutica adequada e disponível para o quadro concreto.

Embora a declaração de saúde não tenha indicado a deformidade craniana e haja documento médico anterior à vigência do plano, a recusa por doença preexistente somente se legitima com prova inequívoca da má-fé do consumidor. A ré não realizou exame médico pré-admissional nem promoveu perícia antes da contratação. Ademais, a cobertura parcial temporária restringe procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e cirurgias diretamente relacionados à doença declarada; a própria defesa sustenta que a órtese reclamada não se vincula a ato cirúrgico. A cláusula, portanto, não alcança o tratamento postulado. Aplica-se, ainda, a orientação da Súmula 609 do Superior Tribunal de

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
34
Carimbado Eletronicamente

Justiça. Com a devida vênia, afasto a conclusão do parecer ministerial.

3. Cobertura da órtese craniana

O autor nasceu em 28/12/2022 e recebeu diagnóstico de braquicefalia posicional. O relatório médico descreve tentativa de reposicionamento por dois meses sem resultado satisfatório, indicação de órtese personalizada e necessidade de início antes dos dezoito meses, quando ainda subsiste crescimento craniano capaz de permitir a correção. O dispositivo indicado possui registro na Anvisa nº 81079810002.

A documentação técnica não é unilateralmente uniforme. Uma das notas NATJUS registra incerteza clínica e ausência de urgência em caso diverso; entretanto, outras notas técnicas juntadas concluem favoravelmente à órtese em deformidades persistentes após reposicionamento, reconhecem evidência de segurança e eficácia e risco de comprometimento funcional. Parecer técnico do IMESC igualmente aceita o tratamento ortótico em hipótese semelhante. A literatura reunida aponta o capacete como opção de segunda linha para assimetria moderada ou grave persistente, com maior utilidade durante o período de crescimento. Esse conjunto, examinado em harmonia com o relatório individualizado, oferece suporte técnico suficiente ao tratamento prescrito.

Também estão preenchidos os parâmetros fixados pelo STF na ADI 7.265 para cobertura excepcional fora do rol: houve prescrição por profissional habilitado; prévio requerimento e negativa da operadora; não foi demonstrada negativa expressa da ANS à incorporação específica nem pendência de atualização; o reposicionamento já fora tentado sem sucesso e a ré não indicou alternativa terapêutica equivalente no rol; a eficácia e a segurança encontram apoio em notas NATJUS, parecer técnico e literatura médica; e o produto possui registro sanitário. A decisão não se apoia apenas na prescrição do médico assistente.

A exclusão regulatória de órteses não ligadas a ato cirúrgico não pode ser aplicada isoladamente para frustrar tratamento funcional de doença coberta quando presentes

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
35
Carimbado Eletronicamente

os requisitos legais excepcionais. De igual modo, a carência comum não prevalece diante da urgência concreta reconhecida pelo médico e, expressamente, pelo acórdão proferido no agravo de instrumento. O cancelamento contratual ocorrido apenas em 03/12/2024 não atinge a obrigação relacionada ao atendimento realizado em 22/08/2024, quando vigente o vínculo e eficaz a tutela restabelecida pelo Tribunal.

4. Conversão em perdas e danos e acerto da quantia bloqueada

A obrigação específica perdeu utilidade porque o tratamento já foi realizado. Nos termos dos arts. 497 e 499 do CPC, é cabível sua conversão em perdas e danos. O prejuízo material comprovado corresponde a R$ 5.225,00, valor da órtese efetivamente dispensada ao autor, conforme a nota fiscal do id. 295327937. O orçamento inicial de R$ 17.500,00 não prevalece sobre o custo real posteriormente documentado.

Há, contudo, constrição judicial de R$ 17.500,00 e decisão posterior autorizando seu levantamento. Para evitar enriquecimento sem causa e pagamento em duplicidade, a condenação deverá ser satisfeita por imputação à quantia constrita. Se o valor integral já tiver sido levantado pelo autor ou por seu patrono, deverá ser restituído à ré o excedente de R$ 12.275,00, corrigido desde o levantamento. Se ainda estiver depositado, liberar-se-á ao autor apenas R$ 5.225,00, com devolução do saldo à ré.

5. Responsabilidade civil

A conduta lesiva consiste na recusa indevida e no descumprimento da tutela que determinava o custeio do tratamento. O defeito do serviço decorre da inadequada regulação da cobertura diante da prescrição individualizada, da urgência temporal e dos elementos técnicos disponíveis. O dano patrimonial corresponde ao custo comprovado da órtese, e o nexo causal é direto, pois a despesa somente foi suportada em razão da ausência de autorização. A responsabilidade da fornecedora é objetiva, na forma do art. 14 do CDC. Não se demonstrou culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro, inexistência

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
36
Carimbado Eletronicamente

do defeito, caso fortuito externo ou outra excludente. Não há pedido autônomo de reparação moral a ser apreciado.

III - DISPOSITIVO

Ante o exposto, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTES os pedidos, com resolução do mérito, na forma do art. 487, I, do Código de Processo Civil, para:

a) converter a obrigação de fazer em perdas e danos e condenar a ré ao pagamento de R$ 5.225,00, corrigidos monetariamente desde 22/08/2024 e acrescidos de juros de mora desde a citação, segundo os índices legais aplicáveis e vedada a cumulação indevida;

b) determinar que a condenação seja satisfeita, preferencialmente, mediante imputação à quantia bloqueada nestes autos; se os R$ 17.500,00 já tiverem sido levantados, deverá o autor restituir à ré o excedente de R$ 12.275,00, com correção monetária desde o levantamento, no prazo de quinze dias após a intimação para tanto; se ainda estiverem depositados, libere-se ao autor o valor de R$ 5.225,00, com a devida correção monetária e juros, e restitua-se o saldo à ré;

Considerando que o autor decaiu apenas quanto à diferença entre o orçamento inicial e o custo efetivamente comprovado, e que a resistência da ré deu causa ao processo, condeno a ré ao pagamento das despesas processuais e de honorários advocatícios, que fixo em 10% sobre o valor atualizado da condenação, nos termos do art. 85, § 2º, do CPC, observada a gratuidade de justiça deferida ao autor.

Publique-se. Intimem-se.

Com o transito em julgado, aguarde-se pelo prazo de 15 dias. Após, nada mais havendo, dê-se baixa e arquive-se.

Em suas razões, a apelante suscita preliminar de nulidade por cerceamento de defesa, sustentando que a perícia médica, a consulta ao NATJUS e a obtenção de informações perante a ANS seriam indispensáveis. No mérito, afirma que a cobertura extra-rol não poderia ser deferida sem a

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
37
Carimbado Eletronicamente

observância dos critérios fixados na ADI 7.265 do STF; que havia alternativa terapêutica conservadora; que a órtese não ligada a ato cirúrgico estaria excluída pelo art. 10, VII, da Lei nº 9.656/1998 e pelo contrato; e que o autor possuía doença preexistente, omitida na declaração de saúde, legitimando a cobertura parcial temporária. Impugna, ainda, a conversão em perdas e danos e a suficiência da nota fiscal para comprovar o desembolso, requerendo a restituição dos R$ 17.500,00 (dezessete mil) ou, sucessivamente, a limitação da condenação a R$ 5.225,00 (cinco mil e duzentos e vinte cinco mil reais) mediante comprovação e prestação de contas. Requer a inversão da sucumbência.

Foram apresentadas contrarrazões (ID. 310254779), nas quais o apelado defende a manutenção da sentença.

VOTO

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço do recurso.

A controvérsia não dependia de prova pericial adicional. O processo foi instruído com relatório médico individualizado, documentação clínica, negativa administrativa, notas técnicas do NATJUS, estudos científicos, documentos regulatórios, elementos contratuais e prova do custo efetivamente suportado.

A perícia requerida pela ré destinava-se, em essência, a substituir a análise do conjunto documental já produzido e a infirmar a indicação terapêutica mediante avaliação posterior.

O juízo é o destinatário da prova e pode indeferir diligências inúteis ou desnecessárias quando os elementos constantes dos autos forem suficientes ao julgamento. O art. 370 do CPC autoriza o magistrado a determinar as provas necessárias e a indeferir as diligências inúteis ou meramente protelatórias.

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
38
Carimbado Eletronicamente

A orientação do STJ é no sentido de que não há cerceamento de defesa quando o julgamento antecipado se apoia em prova documental suficiente para a solução da controvérsia, especialmente quando a revisão da necessidade de perícia exigiria reexame do conjunto fático-probatório. No AgInt no REsp 2.047.726/SP, a Corte afastou alegação de cerceamento em demanda de cobertura de plano de saúde, reconhecendo a suficiência das provas existentes para o julgamento.

> AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. CERCEAMENTO DE DEFESA. JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE. INDEFERIMENTO DE PROVA PERICIAL. NÃO OCORRÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. RECUSA INDEVIDA. ANS. ROL TAXATIVO. MITIGAÇÃO. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. COBERTURA OBRIGATÓRIA. DANOS MORAIS. CABIMENTO. INDENIZAÇÃO. VALOR RAZOÁVEL. REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA Nº 7/STJ. 1. No caso, o acórdão do tribunal estadual está em consonância com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, no sentido de que não ocorre cerceamento de defesa decorrente do indeferimento do pedido de prova oral e julgamento antecipado da lide quando o julgador entende que as provas existentes nos autos são suficientes à solução da controvérsia. 2. A Segunda Seção desta Corte Superior uniformizou o entendimento de ser o Rol da ANS, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios. 3. Na espécie, os tratamentos indicados estão relacionados com beneficiários portadores de transtorno global do desenvolvimento, sendo exemplos o transtorno do espectro autista (TEA), a Síndrome de Asperger e a Síndrome de Rett. 4. A ANS já reconhecia a Terapia ABA como contemplada nas sessões de psicoterapia do Rol da Saúde Suplementar, havendo considerações da

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
39
Carimbado Eletronicamente

> CONITEC a respeito da viabilidade não só desse método no tratamento de determinados graus de TEA, mas, também, de outros métodos a serem discutidos com o profissional da saúde. 5. A ANS tornou obrigatória a cobertura, pela operadora de plano de saúde, de qualquer método ou técnica indicada pelo profissional de saúde responsável para o tratamento de Transtornos Globais do Desenvolvimento, entre os quais o transtorno do espectro autista, a Síndrome de Asperger e a Síndrome de Rett. 6. A autarquia reguladora também aprovou o fim do limite de consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, além de ter revogado as Diretrizes de Utilização (DU) para tais tratamentos (RN-ANS nº 541/2022). 7. O entendimento do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que, ante o reconhecimento de que houve a recusa indevida de cobertura pelo plano de saúde, deve ser reconhecido o direito ao recebimento de indenização, visto que tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia do segurado, já abalado e com a saúde debilitada. 8. O caso concreto não comporta a excepcional revisão pelo Superior Tribunal de Justiça do valor da indenização, arbitrado em R$ 5.000, 00 (cinco mil reais para cada autor), pois não se revela exorbitante para reparar o dano moral decorrente da recusa indevida de cobertura do tratamento médico. Súmula nº 7/STJ. 9. Agravo interno não provido. (STJ - AgInt no REsp: 2047726 SP 2023/0010154-5, Relator: Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Data de Julgamento: 08/04/2024, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 11/04/2024)

No caso, a sentença não se baseou exclusivamente no relatório do médico assistente. Ao contrário, examinou notas técnicas do NATJUS, documentação médica, literatura científica e o contexto específico do paciente.

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
40
Carimbado Eletronicamente

A própria prova técnica produzida nos autos revelou que a terapia ortótica é modalidade reconhecida e que a indicação pode ser adequada em casos persistentes após tentativa de reposicionamento.

Não demonstrada a indispensabilidade da prova pericial nem prejuízo concreto ao exercício da defesa, rejeito a preliminar.

A questão deve ser examinada à luz da disciplina legal vigente e dos parâmetros vinculantes fixados pelo Supremo Tribunal Federal na ADI 7.265. O art. 10, § 12, da Lei nº 9.656/1998 estabelece o rol da ANS como referência básica, enquanto o § 13 admite a cobertura de tratamento não previsto no rol quando presentes os requisitos técnicos e jurídicos pertinentes.

No julgamento da ADI 7.265, o STF reconheceu a constitucionalidade da cobertura excepcional de tratamentos não incorporados ao rol, condicionando-a ao preenchimento cumulativo de requisitos, entre eles a prescrição por profissional habilitado, a inexistência de alternativa terapêutica adequada no rol, a comprovação de eficácia e segurança com base em evidências científicas, o registro na ANVISA, a inexistência de negativa expressa da ANS e a consulta ao NATJUS ou a ente técnico disponível.

> [...] Ação direta de inconstitucionalidade. Saúde suplementar. Natureza jurídica do rol de procedimentos da ANS. Cobertura de tratamentos fora do rol. Interpretação conforme à Constituição. Procedência parcial do pedido. I. Caso em exame 1. Ação direta de inconstitucionalidade ajuizada pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde contra os §§ 12 e 13 do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, incluídos pela Lei nº 14.454/2022. Os

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
41
Carimbado Eletronicamente

dispositivos impugnados (i) estabelecem o rol de procedimentos e eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como referência básica de cobertura para os contratos de plano de saúde firmados a partir de 01.01.1999 e para os contratos adaptados à lei (§ 12); e (ii) impõem às operadoras de planos a obrigação de cobrir tratamentos ou procedimentos fora do rol, desde que preenchidos determinados requisitos (§ 13). II. Questão em discussão 2. A questão em discussão consiste em saber se a previsão legal de cobertura obrigatória de procedimentos não incluídos no rol da ANS, nos termos do § 13 do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, viola o caráter complementar dos planos de saúde previsto no art. 199, § 1º, da Constituição, além da função reguladora da ANS (arts. 174, 196 e 197, CF/1988), dos direitos dos usuários (art. 5º, XXXII, CF/1988), da livre iniciativa (arts. 1, IV, 170 e 199, CF/1988), da isonomia (art. 5º, caput, CF/1988) e da segurança jurídica (art. 5º, XXXVI, CF/1988). III. Razões de decidir A controvérsia jurídica da natureza do rol 3. A controvérsia jurídica relacionada ao objeto da ação diz respeito à natureza do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, cuja competência de elaboração é da ANS. O ponto central consiste em saber se o rol deve ser interpretado como taxativo, restringindo a cobertura contratual às tecnologias expressamente listadas, ou como exemplificativo, admitindo a possibilidade de cobertura de tratamentos não incluídos, desde que preenchidos certos requisitos técnicos e clínicos. 4. Antes de 2021, não havia definição normativa expressa sobre a natureza jurídica do rol da ANS, o que gerou interpretações divergentes no Judiciário, inclusive no Superior Tribunal de Justiça (STJ). A controvérsia se intensificou com a edição da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, que passou a qualificar o rol como taxativo para fins de cobertura obrigatória. 5. Em razão do impasse jurisprudencial, a matéria foi

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
42
Carimbado Eletronicamente

submetida à Segunda Seção do STJ, que, no julgamento dos EREsp 1.886.929/SP e 1.889.704/SP (rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. em 08.06.2022), concluiu, por maioria de votos, que o rol da ANS é, em regra, taxativo, admitindo exceções em hipóteses específicas. O acórdão estabeleceu critérios para cobertura de tratamentos não previstos, como a inexistência de alternativa terapêutica no rol, comprovação científica da eficácia e recomendação favorável de órgãos técnicos nacionais ou internacionais. 6. Após o julgamento, o Poder Legislativo editou a Lei nº 14.454/2022, que alterou a Lei nº 9.656/1998 para impor a cobertura de tratamentos fora do rol, observados determinados critérios. O § 13 do art. 10 prevê expressamente que a operadora deverá autorizar o tratamento não listado no rol, desde que prescrito por médico ou odontólogo assistente, quando: (i) houver comprovação de eficácia científica do tratamento; ou (ii) existir recomendação favorável da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) ou de órgão internacional de avaliação de tecnologias em saúde. 7. Discute-se, portanto, se tal dispositivo da Lei nº 14.454/2022 viola ou não o caráter complementar dos planos de saúde e a autonomia técnica da ANS e compromete o equilíbrio econômico da saúde suplementar. A análise exige visão integrada do modelo regulatório vigente e da lógica contratual que sustenta a saúde suplementar. Competência da ANS e o procedimento de atualização do rol 8. A ANS foi criada pela Lei nº 9.961/2000, com o propósito de regular, controlar, normatizar e fiscalizar o setor de assistência suplementar à saúde. Trata-se de agência reguladora federal, regida pela Lei nº 13.848/2019 (Lei das Agências Reguladoras Federais), submetida a regime especial. 9. O art. 4º da Lei nº 9.961/2000 elenca as competências específicas da Agência, com destaque para o inciso III, que define a atribuição da ANS de

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
43
Carimbado Eletronicamente

"elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades". O rol compõe o chamado "plano-referência", que define a cobertura mínima obrigatória, regulamentado atualmente pela Resolução Normativa ANS nº 465/2021. 10. A atuação da ANS na elaboração do rol possui natureza técnica. Trata-se de atribuição legal que exige a consideração de múltiplos fatores clínicos, assistenciais, operacionais e econômicos. A delimitação do rol, nesse sentido, pressupõe um juízo técnico regulatório sobre a compatibilidade entre a oferta de serviços e os recursos disponíveis, de forma a preservar a funcionalidade e o equilíbrio do sistema de saúde suplementar. 11. O rol, por sua vez, é atualizado por meio de um procedimento específico, de submissão contínua, regulamentado pela Resolução Normativa ANS nº 555/2022. Vale destacar que o § 10 do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, incluído pela Lei nº 14.307/2022, prevê que as tecnologias incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela Conitec serão incorporadas no rol da ANS no prazo de até 60 dias da publicação da decisão de incorporação. Assim, a ANS adota um duplo critério de incorporação: além de absorver, por previsão legal, as tecnologias já incluídas no SUS pela Conitec, mantém procedimento próprio que permite a inclusão de outras tecnologias no rol. 12. A medicina baseada em evidências e a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) constituem os pilares técnicos que orientam a atuação da ANS na definição do rol de procedimentos, conforme previsto no art. 3º, IV e V, da Resolução Normativa ANS nº 555/2022. 13. A medicina baseada em evidências classifica os estudos segundo sua qualidade científica, priorizando aqueles de maior rigor metodológico, para que diagnósticos e terapias se apoiem em critérios de eficácia, segurança e efetividade. Já a ATS é um

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

processo científico multidimensional que examina as implicações clínicas, econômicas, sociais e éticas do uso de tecnologias na saúde. Seu principal objetivo é subsidiar decisões sobre incorporação e difusão de tecnologias, promovendo o uso racional e sustentável dos recursos disponíveis. Essa metodologia técnico-científica orienta, de forma concreta, o processo de atualização do rol conduzido pela ANS, que se desenvolve em etapas sucessivas de análise e deliberação. 14. Qualquer interessado pode submeter proposta de atualização do rol da ANS (PAR). As propostas passam por análise de elegibilidade, pareceres técnicos internos, deliberação na Comissão de Atualização do Rol (COSAÚDE) e consulta pública, culminando em decisão da Diretoria Colegiada da ANS. A deliberação final deve observar critérios legais de eficácia, custo-efetividade e impacto financeiro, conforme o art. 10-D, § 3º, da Lei nº 9.656/1998. 15. Com relação à celeridade da atualização do rol, desde 2021, pelos dados abertos disponíveis, é possível afirmar que a ANS tem observado os prazos legais previstos (até 180 dias, prorrogáveis por mais 90). Eventual não cumprimento de tais prazos gera a consequência de inclusão automática da tecnologia no rol. Entre 2021 e 2025, foram identificadas 112 propostas de atualização elegíveis, com 85 decisões finais: 59 incorporações (69,4%) e 26 rejeições (30,6%). O tempo médio de tramitação de um processo de atualização é, atualmente, de 197 dias. Comparativamente, esse tempo é equivalente ao de outros países. A título ilustrativo, no Reino Unido, desde 2022, tal prazo médio é de 140 dias, segundo dados do National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 16. O processo da ANS revela um arranjo institucional compatível com boas práticas regulatórias, com decisões tecnicamente fundamentadas e atenção à sustentabilidade do setor. As demandas podem ser apresentadas por diferentes atores (usuários,

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
45
Carimbado Eletronicamente

prestadores, operadoras e indústria), passam por triagem inicial e, quando consideradas aptas, são submetidas à análise técnica de eficácia, segurança, custo-efetividade e impacto orçamentário. A lógica favorece a previsibilidade regulatória e reforça o papel técnico da ANS no equilíbrio entre acesso à saúde e custo-efetividade. Modelo de funcionamento da saúde suplementar no Brasil 17. A lógica da saúde suplementar difere do modelo público do SUS. Enquanto o SUS é regido pelos princípios da universalidade e gratuidade, com financiamento estatal direto, a saúde suplementar opera sob contratos privados regulados, baseados em equilíbrio atuarial e financiamento mutualista. Essa distinção é essencial para interpretar corretamente o alcance do direito à saúde nesse contexto: embora as operadoras estejam sujeitas a padrões mínimos de cobertura, não lhes são impostas obrigações amplas, irrestritas e universais aplicáveis ao Estado. 18. Destaca-se também que o sistema de saúde suplementar brasileiro tem características distintas em relação ao padrão internacional. Segundo a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), no relatório “Institutionalising Health Accounts in Brazil”, de 2025, em muitos países a cobertura privada funciona como complemento ao sistema público, que segue sendo a principal porta de acesso à saúde. No Brasil, ao contrário, os beneficiários de planos tendem a substituir quase totalmente o SUS, recorrendo majoritariamente à rede privada. Essa dinâmica resulta em um gasto per capita mais elevado entre os usuários de planos. 19. Nesse arranjo, cabe à ANS equilibrar o acesso a tratamentos eficazes com a sustentabilidade do sistema, por meio de um rol regulado e tecnicamente fundamentado. Esse equilíbrio é tensionado por fatores como a evolução tecnológica, demandas judiciais e interesses diversos que pressionam pela ampliação de coberturas. Muitas vezes, decisões

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
46
Carimbado Eletronicamente

judiciais determinam a cobertura de tratamentos fora do rol, desconsiderando critérios técnicos, o que afeta a lógica de precificação dos contratos e compromete a previsibilidade do setor. A atuação regulatória baseada em evidências, com regras claras e estáveis, torna-se, assim, indispensável para garantir tanto a proteção dos beneficiários quanto a viabilidade econômica das operadoras. Reconhecer a especificidade da saúde suplementar é condição para preservar um modelo justo, sustentável e tecnicamente qualificado para todos os usuários. 20. Quanto aos números, o setor de saúde suplementar atende mais de 52 milhões de beneficiários no Brasil e responde por cerca de 27% do gasto total em saúde no país (dados oficiais da ANS de março de 2025). Esses números demonstram a peculiaridade do sistema de saúde suplementar brasileiro, em comparação ao padrão internacional. 21. De acordo com os dados disponíveis no portal da ANS, o resultado líquido das operadoras entre 2018 e 2025 (até o segundo trimestre) revela três ciclos distintos. O primeiro ciclo, de crescimento, ocorreu de 2018 até o final de 2020, tendo sido marcado pela elevação do resultado líquido de R$ 9,5 bilhões (2018/4) para o pico de R$ 18,7 bilhões (2020/4), impulsionado pela redução de procedimentos durante a pandemia da Covid-19. O segundo ciclo foi de retração, entre 2021 e 2022, quando as operadoras registraram sucessivas perdas e forte desequilíbrio, culminando no prejuízo de R$ 1,7 bilhão no terceiro trimestre de 2022. O resultado líquido de 2022 foi o menor registrado no período (R$0,6 bilhões). Por fim, o terceiro ciclo, de recuperação, se deu a partir do final de 2022 e foi caracterizado pela retomada do superávit (R$ 3 bilhões em 2023/4) e por crescimento contínuo ao longo de 2024, até alcançar R$ 18,4 bilhões no segundo trimestre de 2025. É claro que o resultado líquido de cada operadora possui grande variação, em especial de acordo com o porte. Entre

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
47
Carimbado Eletronicamente

as pequenas operadoras, embora a tendência seja a mesma, a oscilação foi mais acentuada e a recuperação foi mais lenta, de modo que muitas ainda não recompuseram integralmente as perdas. 22. A sinistralidade, que mede o percentual da receita destinado a despesas assistenciais, confirma essa trajetória. O pico registrado foi de 89,8% de sinistralidade média/agregada no primeiro semestre de 2023. O patamar atual, referente ao segundo trimestre de 2025, encontra-se em 82,4%. Esse movimento, associado à recuperação do resultado líquido, indica a tendência de reorganização financeira do setor, aspecto relevante para avaliar os efeitos econômicos da norma impugnada. 23. Em contrapartida, destaca-se também o crescimento das despesas judiciais. Entre 2019 e 2025, elas quadruplicaram, passando de cerca de R$ 1 bilhão em 2020/1 para R$ 4 bilhões no segundo semestre de 2025. Aproximadamente, 1,5% de todos os eventos indenizáveis pagos pelo setor correspondem a despesas judiciais. Embora proporcionalmente reduzida, essa fatia representa valores bilionários não previstos no cálculo atuarial dos contratos, que devem ser considerados no cenário econômico-financeiro. 24. A judicialização, especialmente em casos envolvendo procedimentos fora do contrato ou do rol da ANS, gera obrigações inesperadas que comprometem a previsibilidade econômica e afetam o desempenho das operadoras. Esse tipo de litígio se intensificou entre 2021 e 2022, coincidindo com a fase de maior desequilíbrio financeiro, e se mantém elevado. Diante desse quadro, a ANS e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) firmaram, em novembro de 2024, acordo de cooperação técnica voltado à prevenção da judicialização no setor. 25. Outro elemento relevante são as fraudes. Estudo do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), em parceria com a Ernst Young, estima que, em 2022, práticas fraudulentas tenham causado prejuízos entre

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
48
Carimbado Eletronicamente

R$ 30 bilhões e R$ 34 bilhões, equivalentes a 12,7% das receitas do setor. Entre os beneficiários, são frequentes condutas como empréstimo de carteirinha, reembolso duplicado e uso indevido da rede. Entre os prestadores, destacam-se atendimentos inexistentes, internações desnecessárias e adulteração de procedimentos para cobranças indevidas. 26. A análise dos dados evidencia que esses indicadores sofrem flutuações significativas ao longo do tempo e entre os diversos segmentos do mercado. Mais do que observar ciclos de lucro ou prejuízo, o desafio central está em estruturar um modelo sustentável e equilibrado, que assegure condições de solvência e continuidade para operadoras de diferentes perfis e, sobretudo, garanta a aplicação consistente de critérios técnicos nas decisões regulatórias. 27. Nesse contexto, a segurança jurídica assume papel central, sendo a principal lente de análise dos dispositivos questionados. O mutualismo, princípio que rege os planos de saúde, demanda previsibilidade e critérios objetivos para evitar desequilíbrios que prejudiquem toda a coletividade. A imposição de coberturas fora do rol, sem filtros técnicos claros, redistribui custos de forma arbitrária e pode inviabilizar o acesso para os próprios beneficiários, gerando outros fatores de pressão no sistema. 28. Um paralelo útil pode ser traçado entre três situações: (i) a presente ADI, que discute a natureza jurídica do rol da ANS; (ii) o julgamento do Tema 500 da repercussão geral, no qual o Supremo assentou que não cabe impor ao Estado o fornecimento de medicamentos experimentais ou sem registro na Anvisa, ressalvadas hipóteses excepcionais, e fixou critérios objetivos para essa atuação judicial; e (iii) o julgamento dos Temas 6 e 1234 da repercussão geral, relativos ao fornecimento judicial de medicamentos não incorporados às listas do SUS, em que igualmente se estabeleceu a exigência de observância de parâmetros técnicos

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
49
Carimbado Eletronicamente

definidos. 29. Em todas essas hipóteses, o que se busca é conciliar o direito à saúde com os limites técnico-normativos traçados por políticas públicas estruturadas. Essa mesma lógica pode ser transposta, com as devidas adaptações, para o setor suplementar, em que o rol da ANS desempenha função equivalente como parâmetro técnico-normativo para cobertura assistencial. Exame da constitucionalidade dos dispositivos questionados 30. Passando à análise dos dispositivos, quanto ao § 12 do art. 10 da Lei nº 9.656/1998 entendo, em sentido diverso do alegado pela requerente, que o dispositivo traduz uma opção legislativa legítima e constitucionalmente adequada quanto ao recorte de incidência do rol. Ao determinar que o rol constitui referência básica para planos contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à lei, o legislador fixou um marco regulatório claro, coerente com a própria evolução normativa do setor e com a lógica contratual da saúde suplementar. 31. O mesmo não ocorre com relação ao § 13 do art. 10. O § 13 prevê uma cláusula de abertura que gera incerteza regulatória e compromete a previsibilidade dos contratos. A redação atual transfere ao intérprete uma margem ampla de definição, afastando-se da metodologia estruturada de ATS e de medicina baseada em evidências que deve orientar a atuação da ANS. Dessa forma, reconheço que o § 13 configura um mecanismo excessivamente aberto de flexibilização do rol, por três razões. 32. Primeiro, a redação não apresenta critérios técnicos objetivos e verificáveis. O dispositivo adota expressões vagas, como “comprovação da eficácia à luz das ciências da saúde” e “órgão de avaliação de tecnologias em saúde com renome internacional”. Essa indefinição normativa amplia a margem de subjetividade e dificulta a aplicação uniforme da regra, especialmente em contextos judiciais. 33. Segundo, ao prever a obrigatoriedade de cobertura fora do rol sem qualquer

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
50
Carimbado Eletronicamente

mediação ou avaliação prévia da ANS, a norma cria um canal de incorporação paralelo ao processo regulatório técnico-estruturado previsto nas Resoluções Normativas da agência. Isso compromete a coerência regulatória, esvazia a função normativa e favorece decisões pontuais e descoordenadas, em prejuízo da sustentabilidade do sistema. 34. Terceiro, o § 13 exige o preenchimento alternativo de apenas um dos critérios (incisos I ou II), permitindo a obrigatoriedade de cobertura mesmo diante de tratamentos com eficácia marginal, uso off-label ou sem avaliação de impacto econômico. A ausência de exigência cumulativa de critérios técnicos, conjugada com a obrigatoriedade de cobertura, reduz a capacidade de gestão do risco pelas operadoras e amplia a judicialização, gerando efeitos agregados negativos sobre o mutualismo e o equilíbrio financeiro dos contratos. O resultado é uma amplíssima possibilidade de concessão de tratamentos e procedimentos não previstos no rol, o que vai de encontro aos parâmetros já fixados por este Tribunal para a concessão de medicamentos pelos entes estatais nos Temas 500, 6 e 1234. 35. Por tais razões, é preciso conferir interpretação conforme à Constituição ao § 13 do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, de modo a adequar os critérios que geram a obrigação de cobertura de tratamento não listado no rol da ANS. 36. Nesse sentido, a cobertura de tratamento não incluído no rol da ANS deve ser condicionada ao preenchimento cumulativo de cinco requisitos objetivos: (i) prescrição por médico ou odontólogo assistente habilitado; (ii) inexistência de negativa expressa ou pendência de avaliação da ANS sobre proposta de atualização do rol (PAR); (iii) inexistência de alternativa terapêutica adequada para a condição do paciente no rol de procedimentos da ANS; (iv) comprovação de eficácia e segurança do tratamento com fundamento na medicina baseada em evidências, necessariamente respaldadas por

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
51
Carimbado Eletronicamente

> evidências científicas de alto nível (ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática ou meta-análise); e (v) existência de registro na Anvisa. [...] (STF - ADI: 00000000000000007265 DF - DISTRITO FEDERAL, Relator: Min. LUÍS ROBERTO BARROSO, Data de Julgamento: 18/09/2025, Tribunal Pleno, Data de Publicação: PROCESSO ELETRÔNICO DJe-s/n DIVULG 01-12-2025 PUBLIC 02-12-2025)

A sentença observou esses parâmetros. Houve requerimento administrativo e negativa de cobertura. O tratamento foi prescrito por profissional habilitado, com relatório detalhado sobre o diagnóstico, a tentativa prévia de reposicionamento, a necessidade de utilização da órtese durante a fase de crescimento craniano e os riscos da postergação.

Também não se comprovou a existência de alternativa terapêutica equivalente e eficaz para o quadro concreto. O reposicionamento já havia sido tentado sem resultado satisfatório, enquanto as notas técnicas juntadas aos autos reconheceram a órtese como modalidade terapêutica segura e eficaz em hipóteses de deformidade persistente. A documentação técnica não é meramente unilateral: há notas NATJUS favoráveis, pareceres e literatura especializada que dão suporte à indicação.

O produto possui registro sanitário indicado nos autos. A negativa da operadora, por sua vez, não demonstrou que a ANS tenha rejeitado expressamente a incorporação específica do tratamento ou que houvesse alternativa terapêutica equivalente disponível no rol.

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
52
Carimbado Eletronicamente

O fato de a órtese não constar nominalmente do rol não resolve a controvérsia. Em caso diretamente relacionado à braquicefalia e à plagiocefalia posicional, o STJ reconheceu que a órtese craniana indicada para evitar cirurgia futura não encontra obstáculo no art. 10, VII, da Lei nº 9.656/1998.

> RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS DE COBERTURA MÍNIMA EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. PLAGIOCEFALIA E BRAQUICEFALIA. ÓRTESE SUBSTITUTIVA DE CIRURGIA CRANIANA. ART. 10, VII, DA LEI Nº 9.656/98. NÃO INCIDÊNCIA. COBERTURA DEVIDA. 1. A cobertura da órtese craniana indicada para o tratamento de braquicefalia e plagiocefalia posicional não encontra obstáculo nos artigos 10, VII, da Lei n. 9.656/98 e 20, § 1º, VII da Resolução Normativa 428/2017 da ANS (atual 17, VII, da RN 465/2021, visto que, apesar de não estar ligada ao ato cirúrgico propriamente dito, sua utilização destina-se a evitar a realização de cirurgia futura para correção da deformidade, evitando consequências funcionais negativas em recém-nascidos e crianças. 2. Recurso especial a que se nega provimento. (STJ - REsp: 1893445 SP 2020/0226465-2, Relator: Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Data de Julgamento: 18/04/2023, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 04/05/2023)

O mesmo entendimento foi reafirmado em relação à recusa de órtese craniana para braquicefalia, considerada abusiva quando destinada a substituir futura cirurgia.

> PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
53
Carimbado Eletronicamente

> OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. ÓRTESE CRANIANA PARA TRATAMENTO DE BRAQUICEFALIA ASSIMÉTRICA POSICIONIAL. RECUSA DE COBERTURA INDEVIDA. HARMONIA ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA 568/STJ. 1. Ação de obrigação de fazer, fundada na indevida negativa de cobertura de órtese craniana para tratamento de braquicefalia. 2. É abusiva a recusa de tratamento com órtese que substitui futura cirurgia. Precedentes. Ante o entendimento dominante do tema nesta Corte Superior, aplica-se, no particular, a Súmula 568/STJ. 3. Agravo interno no agravo em recurso especial não provido. (STJ - AgInt no AREsp: 2594273 SP 2024/0075876-6, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 14/10/2024, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 16/10/2024)

A exclusão prevista no art. 10, VII, da Lei nº 9.656/1998 não pode ser aplicada de forma isolada quando o dispositivo, embora não ligado imediatamente a ato cirúrgico, se destina a corrigir deformidade funcional e a evitar procedimento cirúrgico futuro. A hipótese não se confunde com órtese de finalidade meramente estética.

A conclusão é reforçada pelo fato de que a própria documentação clínica descreve riscos funcionais associados à deformidade craniana e necessidade de intervenção dentro de período temporal limitado.

Assim, a recusa não representou simples negativa de item acessório, mas impedimento ao tratamento indicado para doença coberta.

A ré sustenta que o diagnóstico e o tratamento eram anteriores à contratação, afirmando que o autor teria omitido a doença na declaração de

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
54
Carimbado Eletronicamente

saúde. Todavia, a existência de diagnóstico anterior não basta, isoladamente, para demonstrar má-fé do beneficiário ou legitimar a recusa.

A Súmula 609 do STJ estabelece que a recusa de cobertura por doença preexistente é ilícita quando não houve exigência de exames médicos prévios à contratação ou demonstração de má-fé do segurado.

> *DIREITO DO CONSUMIDOR - PLANO DE SAÚDE A recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita se não houve a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado. (SÚMULA 609, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/04/2018, DJe 17/04/2018)*

No caso, a operadora não comprovou a realização de exame médico admissional nem produziu prova inequívoca de que o representante legal do menor tivesse deliberadamente omitido informação com o propósito de obter cobertura indevida.

A condição discutida envolve deformidade diagnosticada em criança de tenra idade, e a declaração de saúde, desacompanhada de investigação médica prévia promovida pela própria operadora, não é suficiente para estabelecer dolo.

Além disso, a própria tese defensiva afirma que a órtese não está ligada a ato cirúrgico. A cobertura parcial temporária invocada pela apelante restringe, nos termos apresentados nos autos, procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados à doença preexistente.

Não demonstrado que o tratamento ortótico se enquadre nessa limitação específica, a CPT não afasta o dever de cobertura.

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
55
Carimbado Eletronicamente

A jurisprudência do STJ também reconhece que, ausentes exames prévios e prova de má-fé, não cabe impor cobertura parcial temporária com fundamento apenas na anterioridade do diagnóstico.

> DIREITO PROCESSUAL CIVIL E CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO CONTRATUAL E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE. RECURSO PARCIALMENTE CONHECIDO E DESPROVIDO. I. CASO EM EXAME1. Recurso especial contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que, em apelação, manteve a improcedência da ação de rescisão contratual c/c pedido de antecipação de tutela. 2. A controvérsia diz respeito à pretensão de rescisão unilateral do contrato de plano de saúde por suposta fraude na declaração de saúde e, subsidiariamente, à aplicação de cobertura parcial temporária (CPT) por doença/lesão preexistente (DLP). 3. O Juízo de primeiro grau julgou improcedentes os pedidos, por inexistência de fraude ou má-fé e por ausência de exames médicos prévios. 4. A Corte de origem manteve a sentença por seus próprios fundamentos, afastando a rescisão unilateral e a cobertura parcial temporária.II. [...] (STJ - REsp: 1872100 SP 2020/0019426-5, Relator: Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, Data de Julgamento: 22/06/2026, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJEN 26/06/2026)

Portanto, deve ser mantado o afastamento da tese de doença preexistente como fundamento para a negativa.

A obrigação específica perdeu utilidade depois que o tratamento foi realizado por iniciativa do autor, em razão do descumprimento da tutela de

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
56
Carimbado Eletronicamente

urgência. Nessa situação, é cabível a conversão em perdas e danos, conforme dispõe o art. 499 do CPC, quando impossível a obtenção da tutela específica ou do resultado prático equivalente.

A conversão não autoriza, contudo, o pagamento de valor superior ao prejuízo efetivamente comprovado. A sentença adotou corretamente o custo documentado de R$ 5.225,00, constante da nota fiscal juntada aos autos, em lugar do orçamento inicial de R$ 17.500,00.

A pretensão recursal de restituição integral do valor bloqueado não conduz à improcedência da condenação. O bloqueio foi realizado para viabilizar o tratamento cujo custeio foi indevidamente recusado.

A solução adequada é impedir o enriquecimento sem causa e a duplicidade, mediante imputação do valor efetivamente comprovado à quantia constrita e restituição do saldo excedente, exatamente como determinado na sentença.

A jurisprudência do STJ admite a conversão da obrigação de fazer em perdas e danos quando a mora do devedor torna inviável o cumprimento específico, inclusive no curso do processo.

> PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. SERVIÇOS PÚBLICOS. RESPONSABILIDADE CIVIL. OFENSA AOS ARTS. 489 E 1.022 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL DE 2015. INOCORRÊNCIA. ARTS. 461, § 1º, DO CPC/1973 E 499 DO CPC/2015. CONVERSÃO DA OBRIGAÇÃO

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
57
Carimbado Eletronicamente

DE FAZER EM PERDAS E DANOS. VIABILIDADE. IMPOSSIBILIDADE DE CUMPRIMENTO DA TUTELA ESPECÍFICA. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE PROVIDO. I - Consoante o decidido pelo Plenário desta Corte na sessão realizada em 9.3.2016, o regime recursal será determinado pela data da publicação do provimento jurisdicional impugnado. In casu, aplica-se o Código de Processo Civil de 2015.II - Não há ofensa aos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015, pois a Corte de origem apreciou todas as questões relevantes apresentadas com fundamentos suficientes, mediante apreciação da disciplina normativa e cotejo ao posicionamento jurisprudencial aplicável à hipótese .III - Conforme o disposto nos arts. 461, § 1º do CPC/1973 e 499 do CPC/2015, as prestações de fazer e não fazer devem, prioritariamente, ser objeto de tutela específica, somente podendo ser convertidas em prestação pecuniária em duas hipóteses: a pedido expresso do credor; ou quando não for possível a obtenção da tutela específica ou do resultado prático equivalente ao adimplemento voluntário. IV - Na linha de pacífica jurisprudência deste Superior Tribunal de Justiça, é possível a conversão da obrigação de fazer em perdas e danos, independentemente do pedido do titular do direito subjetivo, em qualquer fase processual, quando verificada a impossibilidade de cumprimento da tutela específica. Precedentes. V - Caso a mora do devedor torne inviável a concessão da tutela específica pleiteada na inicial, pode a obrigação ser convertida em reparação por perdas e danos, não configurando, automaticamente, carência superveniente do interesse processual.VI - Recurso Especial parcialmente provido, para determinar o retorno dos autos à origem. (STJ - REsp: 2121365 MG 2023/0307254-4, Relator: Ministra REGINA HELENA COSTA, Data de Julgamento: 03/09/2024, T1 - PRIMEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 09/09/2024)

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
58
Carimbado Eletronicamente

Não há, portanto, razão para afastar a condenação de R$ 5.225,00, tampouco para alterar a forma de compensação estabelecida pelo juízo de origem.

Mantida a sentença em seus capítulos essenciais, permanece a responsabilidade da ré pelas despesas processuais e pelos honorários advocatícios, pois sua resistência indevida e o descumprimento da tutela deram causa à demanda e à necessidade de custeio particular do tratamento.

A pretensão de inversão da sucumbência deve ser rejeitada. Considerando o desprovimento integral da apelação, são cabíveis honorários recursais, nos termos do art. 85, § 11, do CPC, que determina a majoração da verba honorária em razão do trabalho adicional realizado em grau recursal.

A Corte Especial do STJ firmou, no Tema 1.059, que a majoração é aplicável quando o recurso é integralmente desprovido ou não conhecido.

> RECURSO ESPECIAL REPETITIVO - DIREITO PROCESSUAL CIVIL - HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SUCUMBENCIAIS - ART. 85, § 11, DO CPC - MAJORAÇÃO DA VERBA HONORÁRIA EM GRAU RECURSAL - IMPOSSIBILIDADE EM CASO DE PROVIMENTO PARCIAL OU TOTAL DO RECURSO, AINDA QUE MÍNIMA A ALTERAÇÃO DO RESULTADO DO JULGAMENTO - FIXAÇÃO DE TESE JURÍDICA DE EFICÁCIA VINCULANTE - SOLUÇÃO DO CASO CONCRETO: DESPROVIMENTO DO RECURSO ESPECIAL. 1. É pressuposto da majoração da verba honorária sucumbencial em grau recursal, tal como estabelecida no art. 85, § 11, do CPC, a infrutuosidade do recurso interposto, assim considerado aquele que em nada altera o resultado do julgamento tal como provindo da instância de

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
59
Carimbado Eletronicamente

origem. 2. Fincada a premissa, não faz diferença alguma, para fins de aplicação da regra legal de majoração dos honorários em grau recursal, se o recurso foi declarado incognoscível ou integralmente desprovido: ambas as hipóteses equivalem-se juridicamente para efeito de majoração da verba honorária prefixada, já que nenhuma delas possui aptidão para alterar o resultado do julgamento, e o recurso interposto, ao fim e ao cabo, em nada beneficiou o recorrente. 3. Sob o mesmo raciocínio, não se aplica o art. 85, § 11, do CPC em situação concreta na qual o recurso tenha sido proveitoso à parte que dele se valeu. A alteração do resultado do julgamento, ainda que mínima, é decorrência direta da interposição do recurso, configurando evidente contrassenso punir o recorrente pelo êxito obtido com o recurso - ainda que mínimo ou limitado a capítulo secundário da decisão recorrida, a exemplo dos que estabelecem os consectários de uma condenação. 4. Jurisprudência da Corte Especial e das Turmas de Direito Público e de Direito Privado do Superior Tribunal de Justiça consolidada no sentido da incidência do art. 85, § 11, do CPC apenas nos casos de não conhecimento ou total desprovimento do recurso. Precedentes citados: AgInt nos EAREsp n. 762.075/MT, relator Ministro Felix Fischer, relator para acórdão Ministro Herman Benjamin, Corte Especial, julgado em 19/12/2018, DJe de 7/3/2019; AgInt nos EDcl no AREsp n. 984.256/MG, relator Ministro Benedito Gonçalves, Primeira Turma, julgado em 28/11/2022, DJe de 30/11/2022; EDcl no REsp n. 1.919.706/CE, relator Ministro Francisco Falcão, Segunda Turma, julgado em 12/6/2023, DJe de 15/6/2023; AgInt no AREsp n. 2.095.028/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 26/9/2022, DJe de 28/9/2022; e AgInt no AREsp n. 2.201.642/DF, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 19/6/2023, DJe de 22/6/2023.5. Tese jurídica de eficácia vinculante,

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
60
Carimbado Eletronicamente

> sintetizadora da ratio decidendi do julgado paradigmático: "A majoração dos honorários de sucumbência prevista no art. 85, § 11, do CPC pressupõe que o recurso tenha sido integralmente desprovido ou não conhecido pelo tribunal, monocraticamente ou pelo órgão colegiado competente. Não se aplica o art. 85, § 11, do CPC em caso de provimento total ou parcial do recurso, ainda que mínima a alteração do resultado do julgamento e limitada a consectários da condenação."6. Solução do caso concreto: acórdão recorrido que nega provimento ao recurso de apelação do INSS, diferindo-se, de ofício, a forma de cálculo dos juros de mora e da correção monetária para a fase de execução do julgado, bem como majorando a verba honorária em desfavor da autarquia em grau recursal. Não tendo havido alteração do resultado do julgamento que tenha sido decorrência direta e exclusiva do recurso de apelação interposto, reconhece-se que o tribunal de origem conferiu interpretação ao art. 85, § 11, do CPC em conformidade com aquela preconizada pelo STJ, impondo-se a manutenção do julgamento.7. [...] (STJ - REsp: 1865223 SC 2020/0053715-9, Relator: Ministro PAULO SÉRGIO DOMINGUES, Data de Julgamento: 09/11/2023, CE - CORTE ESPECIAL, Data de Publicação: DJe 21/12/2023)

Assim, majoro os honorários advocatícios de 10% para 12% sobre o valor atualizado da condenação, observados os limites legais e a gratuidade de justiça deferida ao autor.

Ante o exposto, voto no sentido de **CONHECER E NEGAR PROVIMENTO À APELAÇÃO**, mantendo integralmente a sentença, inclusive

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
61
Carimbado Eletronicamente

quanto à conversão da obrigação de fazer em perdas e danos no valor de R$ 5.225,00 (cinco mil duzentos e vinte e cinco reais), à imputação desse montante ao valor bloqueado de R$ 17.500,00 (dezessete mil e quinhentos reais) e à restituição do saldo excedente, conforme as condições estabelecidas na origem.

Em razão do desprovimento do recurso, majoro os honorários advocatícios de 10% para 12% sobre o valor atualizado da condenação, nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

Rio de Janeiro, data da sessão de julgamento.

DES. LUIZ EDUARDO CAVALCANTI CANABARRO

Relator

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ