



Número: **0804302-22.2022.8.14.0028**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **2ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargador ALEX PINHEIRO CENTENO**

Última distribuição : **14/03/2025**

Valor da causa: **R\$ 50.000,00**

Processo referência: **0804302-22.2022.8.14.0028**

Assuntos: **Práticas Abusivas, Irregularidade no atendimento**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Advogados
FRANCIELE OLIVEIRA COSTA (APELANTE)	SAMIA INARA RIBEIRO GOMES (ADVOGADO)
J. G. C. B. (APELANTE)	SAMIA INARA RIBEIRO GOMES (ADVOGADO)
UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA (APELADO)	JULIANA ARCANJO DOS SANTOS (ADVOGADO) BRUNA APARECIDA RONDELLI DAVIMERCATI (ADVOGADO) EDUARDO LOPES DE OLIVEIRA (ADVOGADO)

Outros participantes	
MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DO PARA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
28569060	22/07/2025 15:55	Acórdão	Acórdão

APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0804302-22.2022.8.14.0028

APELANTE: J. G. C. B., FRANCIELE OLIVEIRA COSTA

APELADO: UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA

RELATOR(A): Desembargador ALEX PINHEIRO CENTENO

EMENTA

Ementa: DIREITO CIVIL E CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTO PARA MICROCEFALIA, PARALISIA CEREBRAL E EPILEPSIA ESTRUTURAL. MÉTODO PEDIASUIT. EQUOTERAPIA. TERAPIAS CONVENCIONAIS. PARCIAL PROVIMENTO.

I. CASO EM EXAME

1. Apelação cível interposta por João Ghuilherme Costa Barros, menor representado por sua genitora, contra sentença que julgou improcedente pedido de cobertura de terapias especializadas para tratamento de microcefalia, paralisia cerebral e epilepsia estrutural, incluindo Fisioterapia Motora, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia pelo método Peditasuit, Equoterapia e Fisioterapia Aquática, por ausência de previsão no rol da ANS e falta de comprovação científica das técnicas Peditasuit e equoterapia, resultando na revogação de liminar e condenação do autor em custas e honorários, com gratuidade de justiça.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se o plano de saúde é obrigado a custear as terapias prescritas, inclusive pelo método Peditasuit e equoterapia, para tratamento das graves enfermidades neurológicas do autor; (ii) estabelecer se a negativa de cobertura com base na ausência de previsão no rol da ANS e na suposta natureza experimental dos métodos específicos é lícita.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O médico assistente possui prerrogativa para prescrever o tratamento mais adequado ao paciente, sendo indevida cláusula contratual que restrinja previamente os métodos terapêuticos indicados.
4. O direito à saúde é direito fundamental, vinculado à dignidade da pessoa humana, não podendo ser relativizado por interesses econômicos do mercado de planos de saúde.
5. A Lei nº 14.454/2022 determina que tratamentos prescritos devem ser cobertos se houver



comprovação de eficácia científica, mesmo que não estejam previstos no rol da ANS.

6. O método Peditasuit carece de evidências científicas robustas e é classificado como experimental, segundo Nota Técnica do NAT-JUS Nacional e Parecer do Conselho Federal de Medicina, razão pela qual a negativa de cobertura se mostra lícita.
7. Em relação à equoterapia, a Lei nº 13.830/2019 reconhece seu caráter terapêutico, e o STJ entende ser obrigatória a cobertura para portadores de paralisia cerebral, dada sua eficácia comprovada e necessidade multidisciplinar.
8. As terapias convencionais (fisioterapia motora, terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia aquática) integram o rol da ANS e possuem previsão normativa para cobertura obrigatória, não podendo a operadora negar sua realização sob alegação genérica de ausência de metodologia específica.

IV. DISPOSITIVO E TESE

9. Recurso parcialmente provido.

Tese de julgamento:

1. O plano de saúde deve custear as terapias convencionais prescritas (fisioterapia motora, terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia aquática), desde que não realizadas em metodologia experimental, por integrarem o rol de coberturas obrigatórias da ANS.
2. A equoterapia, reconhecida como método de reabilitação pela Lei nº 13.830/2019, deve ser custeada pelo plano de saúde quando prescrita a portadores de paralisia cerebral, dada sua eficácia comprovada.
3. A negativa de cobertura do método Peditasuit é lícita, por se tratar de técnica experimental sem respaldo científico consolidado nem previsão obrigatória no rol da ANS.

Dispositivos relevantes citados: CF/1988, arts. 1º, III; 6º; 196 e 197. Lei nº 9.656/1998, arts. 10, I, V, IX, §12 e §13. Lei nº 13.830/2019, art. 1º. Lei nº 14.454/2022.

Jurisprudência relevante citada: STF, RE 271.286-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, Pleno, j. 12.09.2000; STF, ADPF 532-MC, Min. Cármen Lúcia, j. 14.07.2018; STJ, AgInt no REsp 2024997/SC, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, DJe 06.03.2023; STJ, REsp 2049092/RS, Rel. Min. Nancy Andrichi, DJe 14.04.2023.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos da **Apelação Cível**;

ACORDAM os Desembargadores que integram a **2ª Turma de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Pará**, à **unanimidade**, em **conhecer e dar parcial provimento ao recurso**, nos termos do voto do relator, que passa a integrar o presente julgado.

Belém-PA, assinado na data e hora registradas no sistema.

ALEX PINHEIRO CENTENO
Desembargador - Relator

RELATÓRIO

Trata-se de recurso de apelação interposto por João Ghuilherme Costa Barros, menor representado por sua genitora, Franciele Oliveira Costa, em face da sentença proferida pelo Juízo da 3ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Marabá (Id 25483108), que julgou improcedentes os pedidos formulados em ação de obrigação de fazer, cumulada com tutela provisória, ajuizada em desfavor da UNIMED-RIO Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda., na qual o autor pleiteava a cobertura de terapias especializadas para tratamento de microcefalia, paralisia cerebral e epilepsia estrutural, consistentes em: (i) Fisioterapia Motora, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia pela metodologia Peditasuit; (ii) Equoterapia; e (iii) Fisioterapia Aquática.

A sentença recorrida fundamentou-se na ausência de previsão dos métodos específicos Peditasuit e equoterapia no rol da ANS, assim como na falta de evidências científicas suficientes que comprovem sua eficácia, julgando improcedentes os pedidos, revogando a liminar anteriormente concedida e condenando a parte autora ao pagamento das custas e honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor da causa, com exigibilidade suspensa pela concessão da gratuidade de justiça (Id 25483108).

Nas razões de apelação (Id 25483109), o recorrente sustenta, em síntese, que:

- (i) o rol da ANS seria exemplificativo, não podendo servir de limitação para a cobertura de tratamentos essenciais às doenças cobertas pelo contrato;
 - (ii) a Resolução Normativa nº 539/2022 da ANS impõe a obrigatoriedade da cobertura de tratamentos para transtornos globais do desenvolvimento;
 - (iii) o médico especialista prescreveu terapias intensivas e específicas para prevenir o agravamento do quadro neurológico do menor;
- requereu, ao final, a reforma integral da sentença para que a apelada seja obrigada a custear integralmente o tratamento prescrito.

A apelada, UNIMED-RIO, apresentou contrarrazões (Id 25483124), nas quais defendeu, em síntese:

- (i) que o rol da ANS tem caráter taxativo, segundo entendimento consolidado pelo STJ, sendo obrigatória apenas a cobertura dos procedimentos ali previstos;
 - (ii) que os métodos Peditasuit e equoterapia possuem caráter experimental, sem comprovação científica, estando excluídos do rol de cobertura obrigatória;
- ao final, pugnou pela manutenção da sentença de improcedência.



O Ministério Público do Estado do Pará, na qualidade de custos legis, apresentou parecer (Id 27475515) opinando pelo **parcial provimento do recurso**, reconhecendo a obrigatoriedade do custeio das terapias convencionais previstas genericamente no rol da ANS — como fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia —, mas afastando a obrigação quanto aos métodos específicos Pediasuit e equoterapia, por ausência de previsão normativa e de evidências científicas que comprovem sua eficácia.

É o relatório.

VOTO

1. Juízo de admissibilidade

O recurso é cabível, tendo sido preenchidos os pressupostos de admissibilidade, razão pela qual, conheço da presente apelação e passo ao seu julgamento

2. Mérito

A matéria devolvida ao colegiado cinge-se à legalidade da negativa da operadora de plano de saúde em custear tratamentos prescritos ao menor apelante, acometido de microcefalia, paralisia cerebral e epilepsia estrutural, notadamente: (i) fisioterapia motora, terapia ocupacional e fonoaudiologia na metodologia Pediasuit; (ii) equoterapia; e (iii) fisioterapia aquática.

O autor, menor João Ghuilherme Costa Barros, representado por sua genitora Franciele Oliveira Costa, é portador de graves enfermidades neurológicas: microcefalia, paralisia cerebral e epilepsia estrutural, condições que geram comprometimento motor, atraso no desenvolvimento e necessidade de cuidados especializados desde a primeira infância.

Consta nos autos laudo médico indicando a necessidade de tratamento intensivo e multidisciplinar com urgência, envolvendo:

- fisioterapia motora;
- terapia ocupacional;
- fonoaudiologia, especificamente com o método Pediasuit (programa de 4 horas diárias, 5 vezes por semana);
- equoterapia (1 sessão semanal);
- fisioterapia aquática (2 horas semanais);
- acompanhamento neurológico trimestral.

De início, ressalto que as operadoras não podem redigir contrato de plano de saúde, contendo cláusula que afaste previamente a indicação de determinados procedimentos, tratamentos ou medicamentos. Esse papel cabe somente ao médico, pois só ele possui o conhecimento e a experiência necessária para exercer o papel de assistente na indicação do melhor tratamento a



ser seguido, o que compreende a escolha mais adequada ao caso concreto de cada paciente segurado.

Ademais, consigno que, em que pese o Superior Tribunal de Justiça ter decidido (RESP nº 1886929/SP e RESP nº 1889704) pela taxatividade do rol da ANS, entendo que cada caso em exame deve ser analisado sob a luz do entendimento jurisprudencial, da legislação e de pareceres técnicos sobre os tratamentos requeridos.

Além disso, o Supremo Tribunal Federal, no RE 271.286-AgR, registrou que “[o] direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida” (Pleno, Rel. Min. Celso de Mello, julg. 12/09/2000, DJ 24/11/2000).

Em sentido semelhante, o entendimento do Supremo Tribunal Federal, na ADPF 532-MC, da Min. Cármen Lúcia assim sintetizou: “saúde não é mercadoria. Vida não é negócio. Dignidade não é lucro” e, por isso mesmo, é preciso atentar para que “não se transformem em atos de mercancia o que o sistema constitucional vigente acolhe como direito fundamental e imprescindível à existência digna”. (STF, ADPF 532-MC, decisão monocrática da Pres. Min. Cármen Lúcia, Rel. Min. Celso de Mello, julg. 14/07/2018, DJe 03/08/2018.)

A Lei 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, visa equacionar os interesses por vezes antagônicos que emergem da atividade privada no ramo, quer dizer, estamos falando de exercício da empresa na seara da assistência médica, que, no regime capitalista, objetiva a obtenção de lucros *versus* o direito fundamental do consumidor, que pretende ver a sua saúde integralmente garantida e é a parte vulnerável da relação jurídica, historicamente desprotegida e prejudicada pelos atores privados mais poderosos.

No julgamento da ADI 1.931^[1] [https://pje.tjpa.jus.br/pje-2g/seam/resource/rest/pje-legacy/documento/download/11818167#_ftn1], na qual se impugnaram diversos dispositivos da Lei 9.656/1998, o Plenário da Corte manifestou de forma inequívoca a prevalência da tutela da saúde sobre o lucro, a despeito da proteção constitucional também conferida à livre iniciativa. Com efeito, o relator, Min. Marco Aurélio, consignou:

A defesa intransigente da livre iniciativa é incompatível com o fundamento da dignidade da pessoa humana, bem assim com os deveres constitucionais do Estado de promover a saúde – artigo 196 – e prover a defesa do consumidor – artigo 170, inciso V. O quadro anterior à regulamentação bem revela as inconsistências do mercado em jogo considerada a Carta Federal [...]. [...]

A promoção da saúde, mesmo na esfera privada, não se vincula às premissas do lucro, sob pena de ter-se, inclusive, ofensa à isonomia, consideradas as barreiras ao acesso aos planos de saúde por parte de pacientes portadores de moléstias graves. A atuação no lucrativo mercado de planos de saúde não pode ocorrer à revelia da importância desse serviço social, reconhecida no artigo 197 do Texto Maior: [...].

[...]

A atividade dos planos de saúde, embora lucrativa, satisfaz o interesse coletivo de concretização do direito à saúde, incrementando os meios de atendimento à população.

Cumpre ainda ressaltar, que no dia 21/09/2022, foi publicada a Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022, alterando o art. 10, §§ 12 e 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que passaram a ter a seguinte redação:

“§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - Exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - 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." (NR)

Desta forma, a operadora de plano de saúde pode escolher quais doenças terão sua cobertura, mas não o tratamento a ser disponibilizado ao beneficiário. Não pode limitar a liberdade que tem o médico na escolha dos meios utilizados para o diagnóstico e tratamento, desde que cientificamente reconhecidos, autorizados pelo paciente, praticados em benefício deste e não proibidos pela legislação vigente no país.

Repita-se, ainda que o rol seja taxativo tal como alega a recorrida, entende-se que a prescrição médica prevalece sobre a negativa do plano diante da simples alegação de que o tratamento não está coberto ou que ele não é o mais adequado, devendo-se, porém, se submeter a estudos seguros sobre tais modalidades de tratamento, inserindo-se aqui a necessidade de que o tratamento não seja experimental, ou seja, que o tratamento seja cientificamente eficaz ao resultado perquirido.

Com efeito, o STJ consolidou que:

“Ambas Turmas de Direito Privado desta Corte entendem que o plano de saúde não está obrigado a custear as terapias conhecidas como TheraSuit e PediaSuit, seja por serem



consideradas experimentais, seja por demandarem órteses não ligadas a ato cirúrgico (art. 10, I e VII, da Lei nº 9.656/1998)” (AgInt no REsp 2024997/SC, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, DJe 06/03/2023).

Tal entendimento baseia-se, inclusive, na Nota Técnica nº 9.666/2020 do NAT-JUS Nacional, que concluiu pela ausência de estudos robustos demonstrando eficácia do método Peditasuit, bem como no Parecer CFM nº 14/2018, que reconhece se tratar de intervenção experimental, sem evidência científica que respalde sua eficácia.

O próprio art. 10, incisos I, V e IX, da Lei nº 9.656/98, expressamente exclui da cobertura obrigatória os tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados e procedimentos não reconhecidos por autoridades competentes.

De igual modo, a jurisprudência adverte que o Judiciário não pode compelir as operadoras a custearem procedimentos experimentais, pois tal prática desestabiliza o equilíbrio atuarial dos contratos e compromete a coletividade de usuários, como destacado no AgInt no REsp 1.960.488/GO (DJe 28/06/2022).

Assim, considerando a ausência de comprovação de eficácia do método Peditasuit e a inexistência de previsão contratual ou obrigatória no rol da ANS, mostra-se lícita a negativa da operadora.

No tocante às demais terapias convencionais (fisioterapia motora, terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia aquática), não há controvérsia quanto à obrigatoriedade genérica de cobertura, desde que não aplicadas em metodologias experimentais, pois tais modalidades integram o rol de coberturas obrigatórias, especialmente com a ampliação promovida pelas RNs 539/2022 e 541/2022 da ANS.

Por conseguinte, entendo que deve ser negado provimento ao recurso, para manter a sentença de improcedência, reconhecendo como lícita a negativa de cobertura do método Peditasuit e demais terapias pleiteadas na forma específica prescrita, por se tratarem de procedimentos experimentais sem respaldo técnico-científico, conforme entendimento consolidado do STJ.

No tocante à **equoterapia**, cumpre destacar que, diferentemente do método Peditasuit — que carece de respaldo científico robusto —, o Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do REsp 2049092/RS, firmou entendimento de que a equoterapia, como método reconhecido por lei (Lei nº 13.830/2019), constitui técnica interdisciplinar de comprovada eficiência no processo de reabilitação de pessoas com deficiência, inclusive portadores de paralisia cerebral, como é o caso do apelante.

Com efeito, a Lei nº 13.830/2019 reconhece expressamente a equoterapia como método de reabilitação que utiliza o cavalo em abordagem interdisciplinar voltada ao desenvolvimento biopsicossocial da pessoa com deficiência (§ 1º do art. 1º). A prática, segundo a legislação, depende de parecer favorável em avaliação médica, psicológica e fisioterápica, requisitos que, no presente feito, encontram-se atendidos pela prescrição médica constante nos autos.



O próprio STJ assentou que:

“Considerando a orientação da ANS no sentido de que a escolha do método mais adequado para abordagem dos transtornos globais do desenvolvimento deve ser feita pela equipe de profissionais de saúde assistente, com a família do paciente, e sendo a equoterapia método eficiente de reabilitação da pessoa com deficiência, há de ser tida como de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde para os beneficiários portadores de paralisia cerebral” (REsp 2049092/RS, Rel. Min. Nancy Andrichi, DJe 14/04/2023).

Portanto, à luz deste entendimento, a recusa da operadora em custear a equoterapia prescrita ao apelante mostra-se indevida, por afrontar não apenas a Lei nº 13.830/2019, mas também as diretrizes da ANS que reconhecem a necessidade de terapias multidisciplinares para portadores de transtornos globais do desenvolvimento ou condições neurológicas graves como a paralisia cerebral.

O C. Superior Tribunal de Justiça, por meio da 4ª Turma, vem decidindo da seguinte forma:

PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATO ESTATAL DE DIREITO ADMINISTRATIVO, COM EXPRESSA PREVISÃO EM LEI. VINCULA FORNECEDORES E CONSUMIDORES E GARANTE A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO, A RECUPERAÇÃO E A REABILITAÇÃO DE TODAS AS ENFERMIDADES. CARACTERIZAÇÃO COMO EXEMPLIFICATIVO. ILEGALIDADE. IMPOSIÇÃO DE CUSTEIO DE TERAPIAS QUE, CONFORME A PRÓPRIA CAUSA DE PEDIR DA AÇÃO E O ACÓRDÃO RECORRIDO, NEM SEQUER INTEGRAM O ROL. COBERTURA CONTRATUAL. INVIABILIDADE. ÓRTESE NÃO LIGADA A PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL COBERTO A SER REALIZADO. EXPRESSA EXCLUSÃO LEGAL. PRECEDENTES DAS DUAS TURMAS DE DIREITO PRIVADO. FISIOTERAPIA PELO MÉTODO THERASUIT E/OU PEDIASUIT. A PAR DA AUSÊNCIA DE PREVISÃO NA RELAÇÃO EDITADA PELA AUTARQUIA SÃO MÉTODOS DE CARÁTER MERAMENTE EXPERIMENTAL, SEGUNDO PARECER DO CFM E DO NAT-JUS NACIONAL. SÚMULA LOCAL ESTABELECE DO ANTEMÃO QUE É ABUSIVA A NEGATIVA DE COBERTURA, REQUERIDA COM BASE NA PRESCRIÇÃO DO PRÓPRIO MÉDICO ASSISTENTE DA PARTE, MESMO QUE A RECUSA SEJA FUNDAMENTADA NA AUSÊNCIA DE CONTEMPLAÇÃO PELO ROL DA AUTARQUIA ESPECIALIZADA ANS OU PELO CARÁTER MERAMENTE EXPERIMENTAL. INCOMPATIBILIDADE COM DISPOSIÇÕES DA LEI ESPECIAL DE REGÊNCIA DA RELAÇÃO CONTRATUAL. 1. Consoante entendimento perfilhado por este Colegiado, por clara opção do legislador se extrai do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 c/c o art. 4º, III, da Lei n.9.961/2000, a atribuição da ANS de elaborar a lista de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Em vista dessa



incumbência legal, o art. 2º da Resolução Normativa n.439/2018 da Autarquia, que atualmente regulamenta o processo de elaboração do rol, em harmonia com o determinado pelo caput do art. 10 da Lei n. 9.656/1998, esclarece que o rol garante a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID da Organização Mundial da Saúde (REsp 1733013/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 10/12/2019, DJe 20/02/2020). 2. Nesse precedente, melhor refletindo acerca do tema, à luz da legislação especial de regência e dos substanciosos subsídios técnicos trazidos pelos amici curiae - inclusive, no que diz respeito à postura manifestada pelos próprios Conselhos Profissionais e pela Secretaria Nacional do Consumidor no sentido de prestigiar o rol da ANS -, este Órgão julgador, em overruling, sufragou o entendimento de não ser correto afirmar ser abusiva a exclusão do custeio dos meios e dos materiais necessários ao tratamento indicado pelo médico assistente da parte que não estejam na relação editada pela Autarquia ou no conteúdo adicional contratual, diante dos seguintes dispositivos legais da lei de regência da saúde suplementar (Lei n. 9.656/1998): a) art. 10, § 4º, que prescreve a instituição do plano-referência, "respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12", com "amplitude das coberturas" "definida por normas editadas pela ANS"; b) art. 12, que estabelece serem facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º dessa Lei, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência mencionado no art. 10; c) art. 16, VI, o qual determina que dos contratos, dos regulamentos ou das condições gerais dos produtos de que cuidam o inciso I e o § 1º do art. 1º dessa Lei devem constar dispositivos que indiquem os eventos cobertos e excluídos. 3. Não se pode ignorar que a elaboração do rol, em linha com o que se deduz do Direito Comparado, submete-se a diretrizes técnicas relevantes de inegável e peculiar complexidade, como: I - a utilização dos princípios da Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS; II - a observância aos preceitos da Saúde Baseada em Evidências - SBE; e III - a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor. Com efeito, e como também ressaltado no precedente invocado, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo representaria, na verdade, negar a própria existência do "rol mínimo" e violar a tripartição de poderes, efetivamente restringindo a livre concorrência ao nitidamente estipular a mais ampla, indiscriminada e completa cobertura a todos os planos e seguros de saúde, o que, além do mais, dificulta sobremaneira o acesso à saúde suplementar a mais ampla camada da população. 4. O menoscabo de "tais aspectos bem como a própria imposição pelos juízos de coberturas que não têm amparo na legislação vigente geram, muitas vezes, externalidades positivas para os consumidores e negativas para as operadoras de planos privados de assistência à saúde, resultando em distorções nos custos dos planos e, principalmente, nos seus cálculos e estudos atuariais, impondo o oferecimento ao mercado de planos mais caros, que acabam restringindo o acesso de muitos consumidores a este mercado" (SILVA, José Luiz Toro da. Os limites ao poder



de regular os planos privados de assistência à saúde. Revista de Direito da Saúde Suplementar. São Paulo: Quartier Latin. Ed. n. 1, 2017, p. 168). Por certo, e também assinalado, pelo Plenário do STF, em bem recente julgamento, em sede de repercussão geral, do RE 948.634/RS, é imperioso observar que, "sejam essas avenças anteriores ou posteriores à Lei 9.656/1998, a previsão dos riscos cobertos, assim como a exclusão de outros, é inerente a todas elas. Isso obedece à lógica atuarial desta espécie contratual, pois, quanto mais riscos forem cobertos, mais elevado será o prêmio pago". 5. A Nota Técnica n. 9.666, elaborada pelo NAT-JUS NACIONAL, em 7/8/2020, disponível no banco de dados E-natjus do CNJ, contém conclusão desfavorável ao custeio da terapia de alto custo TheraSuit, pelos seguintes fundamentos: a) "foi verificada a escassez de estudos robustos acerca do tema, destacando uma revisão sistemática com metanálise que evidenciou que o referido efeito do protocolo com o Método Therasuit foi limitado e heterogêneo"; b) "o Conselho Federal de Medicina, em seu PARECER CFM Nº 14/2018, publicado em maio de 2018 concluiu que as terapias propostas (TheraSuit e PediaSuit) ainda carecem de evidência científica que lhes deem respaldo e devem ser entendidas apenas como intervenções experimentais. Com efeito, o art. 10º, incisos I, V, IX, da Lei n. 9.656/1998, expressamente exclui da relação contratual a cobertura de tratamento clínico ou cirúrgico experimental, fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados e tratamentos não reconhecidos pelas autoridades competentes. No mesmo diapasão, propugna o Enunciado de Saúde Suplementar n. 26 das Jornadas de Direito da Saúde do CNJ ser lícita a exclusão de cobertura de produto, tecnologia e medicamento importado não nacionalizado, bem como tratamento clínico ou cirúrgico experimental (AgInt no AREsp 1497534/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 06/10/2020, DJe 23/10/2020). 6. É bem de ver que "estabelece o art. 10, VII, da Lei n. 9.656/1998 que as operadoras de planos de saúde não têm a obrigação de arcar com próteses e órteses e seus acessórios não ligados a ato cirúrgico. É lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico ou aquelas sem fins reparadores, já que as operadoras de planos de assistência à saúde estão obrigadas a custear tão só os dispositivos médicos que possuam relação direta com o procedimento assistencial a ser realizado (art. 10, II e VII, da Lei nº 9.656/1998)" (REsp 1673822/RJ, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Rel. p/ Acórdão Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 15/03/2018, DJe 11/05/2018)" (AgInt no REsp 1848717/MT, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 15/06/2020, DJe 18/06/2020). 7. Por um lado, em vista dos mencionados dispositivos especiais de regência do microsistema da saúde suplementar, como regra basilar de hermenêutica, no confronto entre as regras específicas e as demais do ordenamento jurídico, deve prevalecer a regra excepcional. Conforme a consagrada doutrina de Carlos Maximiliano, jamais poderá o juiz, a pretexto de interpretar, esvair a essência da regra legal ou substituí-la (MAXIMILIANO, Carlos. Hermenêutica e aplicação do direito. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2011, p. 69). Por outro



lado, o Código de Defesa do Consumidor traça regras que presidem a situação específica do consumo e, além disso, define princípios gerais orientadores do direito das obrigações, todavia, é certo que, no que lhe for específico, o contrato continua regido pela lei que lhe é própria (REsp n. 80.036/SP, Rel. Min. Ruy Rosado de Aguiar, QUARTA TURMA, julgado em 12/2/1996, DJ 25/3/1996, p. 8.586). 8. O "fato de os contratos de saúde suplementar se sujeitarem ao Código de Defesa do Consumidor não significa que a cobertura deve extrapolar os limites do acordo. Cumpre ao Poder Judiciário: a) agir com cautela para evitar decisões desastrosas, com a autorização de acesso a medicamentos, produtos e serviços sem base em evidência científica ou por falta de cobertura contratual, porque isso causa abalo indevido na sustentação econômica das operadoras de saúde, e também devido ao fato de que o aumento da sinistralidade norteia o aumento das mensalidades do ano seguinte, penalizando indevidamente os demais consumidores, além de causar uma desestruturação administrativa [...] (DRESCH, Renato Luís. As medidas de otimização da judicialização: o Nat-jus e as Câmaras Técnicas. Revista de Direito da Saúde Suplementar. São Paulo: Quartier Latin. Ed. n. 1, 2017, p.122-126)" (AgInt no REsp 1882494/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 10/12/2020, DJe 15/12/2020). 9. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp 1627735/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 23/02/2021, DJe 02/03/2021).

Veja-se que o custeio de procedimento não previsto no contrato, tampouco abarcado pelas normas atinentes a matéria, e ainda, sem aprovação eficaz dos Estudos das Agências Oficiais, onera o plano de saúde com custo de tratamento sem legitimidade pelos conselhos médicos, o que vai *contra legem*.

Diante disso, entendo que o apelante não é obrigado a custear o tratamento da apelada em relação ao método PEDIASUIT, não porque o rol da ANS é taxativo, mas porque o referido método não foi denotado como eficaz pelos estudos das agências oficiais a ponto de obrigar o plano de saúde a cobri-lo.

Ademais, o plano de saúde pode oferecer outras terapias adequadas à enfermidade enfrentada pela apelada, devendo-se resguardar a qualidade de atendimento que ela necessita.

DISPOSITIVO

Assim, voto pelo parcial provimento do recurso, para:

- **condenar a apelada a custear as terapias convencionais prescritas**, consistentes em fisioterapia motora, terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia aquática, de forma intensiva e contínua, conforme a prescrição médica apresentada nos autos;
- **condenar a apelada a custear as sessões de equoterapia prescritas ao autor**, em

quantidade e periodicidade definidas no plano terapêutico, em razão do reconhecimento legal da equoterapia como método de reabilitação e da sua eficácia comprovada para portadores de paralisia cerebral;

- **manter a sentença no tocante à negativa de cobertura do método Pediasuit**, por se tratar de técnica experimental, sem respaldo científico consolidado e sem previsão obrigatória de cobertura nos termos da legislação e da jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça.

Inverto a condenação em despesas processuais e honorários de sucumbência.

É como voto.

Belém, data da assinatura eletrônica

ALEX PINHEIRO CENTENO
Desembargador - Relator

Belém, 22/07/2025

