



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000295319

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2005432-92.2025.8.26.0000, da Comarca de Osasco, em que são agravantes ERICK MIGUEL FERNANDES FANALE (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e THAMYRES FERNANDES DA SILVA FANALE (REPRESENTANDO MENOR(ES)), é agravado SUL AMÉRICA SEGURADORA DE SAUDE S/A.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 8ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores SALLES ROSSI (Presidente sem voto), CLARA MARIA ARAÚJO XAVIER E BENEDITO ANTONIO OKUNO.

São Paulo, 27 de março de 2025.

SILVÉRIO DA SILVA

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº: 40192

AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº.: 2005432-92.2025.8.26.0000

COMARCA: FORO DE OSASCO

AGTE: ERICK MIGUEL FERNANDES FANALE (MENOR REPRESENTADO)

**AGDO: SUL AMÉRICA SEGURADORA DE SAUDE S/A
PFJ**

AGRAVO DE INSTRUMENTO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. Plano de Saúde. Tutela de Urgência que determinou o fornecimento do tratamento médico ao autor em rede credenciada ou, na ausência de tal possibilidade, o reembolso dos valores eventualmente pagos pelo paciente. Agravo de Instrumento interposto pelo requerente, para determinar que haja o custeio de forma direta pelo plano de saúde. Autor, menor de idade, diagnosticado com paralisia cerebral, prematuridade e sepses neonatal (“Hemiplegia Alternans por mutação no gene ATP1A3”). Prescrição médica para tratamento com Fisioterapia motora neurológica com método Bobath/Therauit, Terapia Ocupacional e Integração Sensorial, fonoaudiologia com método PECS/Prompt, Neuropsicopedagogia, Musicoterapia e Psicologia Comportamental ABA. Recurso que deve analisar os requisitos necessários a concessão da tutela pleiteada, conforme art. 300 do CPC. Pleito recursal para custeio direto do tratamento pelo réu em clínica não credenciada, afastando a necessidade de reembolso. Clínicas da rede de atendimento do réu que comunicaram a indisponibilidade para atendimento do autor, levando-o a procurar tratamento em local não credenciado. Hipótese que autoriza, *prima facie*, o custeio direto pelo plano de saúde. A RN n.º 566/2022, que revogou a RN 259/2011 da ANS, menciona o dever do plano de saúde de custear o tratamento do paciente quando não houver disponibilidade de prestar os serviços na rede assistencial. Probabilidade do Direito evidenciada. Precedentes deste E. TJSP. Agravante menor de idade, portador de deficiência grave e relatórios médicos apontando urgência no tratamento ora pleiteado. Presente o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo. Decisão reformada para determinar o custeio do tratamento diretamente pelo plano de saúde. Dado Provimento ao recurso.

Trata-se de agravo interposto contra decisão de fls. 312/315 do instrumento, a qual deferiu a tutela provisória de urgência em benefício do autor, para determinar a disponibilização de terapias pelo método ABA por parte da ré, em rede credenciada e próximo a residência do menor ou, na impossibilidade, que haja o reembolso

integral das despesas medicamente comprovação dos dispêndios.

O autor apresenta agravo de instrumento pugnando pelo custeio integral do tratamento, sob o argumento de não possuir condições financeiras necessárias para pagar o procedimento e aguardar o reembolso.

Afirma que não se trata de escolha de local diverso daquele oferecido pelo plano, mas sim de indisponibilidade de tratamento da clínica credenciada.

Sustenta que o plano de saúde tem incorrido em atrasos recorrentes nos reembolsos, o que impossibilita a permanência do tratamento do menor em razão dos dispêndios financeiros.

Aduz que, em razão do quadro clínico do infante, os médicos indicaram que tratamento em clínicas com distância máxima de 30 (trinta) minutos de percurso de deslocamento.

Pugna para que haja o custeio direto do tratamento do menor de idade nas clínicas próximas, sem necessidade de pagamento e posterior reembolso.

Contraminuta a fls. 79/91.

Parecer da d. procuradoria de Justiça a fls. 93/101.

É o relatório.

Inicialmente, cumpre mencionar que o recurso em testilha se limita a análise dos requisitos, ou sua ausência, para a concessão da tutela pleiteada pelos autores.

À vista disso, o art. 300 do CPC afirma que a tutela de urgência será concedida quando presente os elementos que denotam a probabilidade do direito e o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo.

No caso em apreço, o autor foi diagnosticado com “Hemiplegia Alternans por mutação no gene ATP1A3”, com paralisia cerebral e prematuridade e sepse neonatal, sendo prescrito Fisioterapia motora neurológica com método Bobath/Therauit, Terapia Ocupacional e Integração Sensorial, fonoaudiologia com método PECS/Prompt, Neuropsicopedagogia, Musicoterapia e Psicologia Comportamental ABA (fls. 290).

O plano de saúde, por sua vez, questiona o diagnóstico do menor, afirma que os procedimentos não contam no rol da ANS e, por conseguinte, não estão abarcados pelo contrato. Aduz, ainda, que não pode ser compelida a custear o tratamento em clínicas não credenciadas, pois há clínicas associadas para o atendimento do infante.

Há de observar que o juízo de cognição sumária deferiu a tutela pretendida na inicial, determinando que o plano forneça o tratamento ao menor em rede credenciada ou, não havendo tal possibilidade, que haja o reembolso integral pelo plano.

O pleito recursal visa tão somente que o custeio do tratamento ocorra de forma direta, entre plano de saúde e a clínica, dispensando o reembolso posterior.

Segundo a RN n.º 566/2022, que revogou a RN 259/2011 da ANS, o plano de saúde deve custear o tratamento do paciente quando não houver disponibilidade de prestar os serviços na rede assistencial.

À vista disso:

RN 259/2011 da ANS. Art. 4º. Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador credenciado, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em prestador

não credenciado no mesmo município.

§ 1º. O pagamento do serviço ou procedimento será realizado diretamente pela operadora ao prestador não credenciado, mediante acordo entre as partes.

No caso em testilha, embora o plano tenha indicado clínicas credenciadas para o tratamento do autor, a fls. 428 do instrumento, estas comunicaram indisponibilidade para atendimento, conforme se vê a fls. 5/9 deste recurso, levando o paciente a se socorrer em local não associado ao réu.

Frise-se, portanto, que a escolha da clínica não credenciada não se deu por mera liberalidade do autor, mas sim pela indisponibilidade da rede assistencial contratada.

Desse modo, deve-se operar o custeio integral e direto pelo réu ao estabelecimento ou profissional capaz de atender as necessidades do paciente, conforme entendimento consolidado por esta E. Corte Bandeirante:

DIREITO CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. CUMPRIMENTO PROVISÓRIO DE SENTENÇA. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em Exame 1. Agravo de instrumento interposto contra decisão que determinou à executada a comprovação do pagamento referente ao tratamento do agravado. A executada alega falta de comprovação de despesas e necessidade de laudo médico atualizado. Recurso processado sem efeito suspensivo. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em determinar se a executada deve custear diretamente o tratamento do agravado em clínica particular, sem necessidade de comprovação de desembolso prévio. III. Razões de Decidir 3. A decisão agravada não tratou sobre a apresentação de laudo médico, portanto, o

recurso não será conhecido nesta parte. 4. **A recorrente não comprovou a aptidão técnica da sua rede credenciada, devendo custear diretamente o tratamento do menor na clínica particular indicada, conforme Resolução Normativa nº 566/22 da ANS.** IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. **O plano de saúde deve custear diretamente o tratamento em clínica particular na ausência de rede credenciada adequada.** 2. Não é necessária a comprovação de desembolso prévio pelo segurado. (TJSP; Agravo de Instrumento 2301012-05.2024.8.26.0000; Relator (a): Vitor Frederico Kümpel; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 13/03/2025; Data de Registro: 14/03/2025 – destacamos)

Agravo de instrumento. Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer. Transtorno do espectro autista. Prescrição médica de tratamento multidisciplinar. Tutela de urgência indeferida. Recurso do demandante, requisição de que o tratamento seja realizado por meio de pagamento direto em clínica particular próxima à residência, onde já realiza o tratamento de forma integral. **Tratamento multidisciplinar que deve ser fornecido pela operadora em rede credenciada na cidade onde reside o agravante ou de mesma distância da clínica Vivere, na ausência, deve arcar com os custos integrais diretamente com o prestador não credenciado. Precedentes desta Corte.** Decisão reformada em parte. Recurso parcialmente provido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2317642-39.2024.8.26.0000; Relator (a): Emerson Sumariva Júnior; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro de Itapevi - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 11/12/2024; Data de Registro: 11/12/2024 – destacamos)

AGRAVO DE INSTRUMENTO - PLANO DE SAÚDE – Paciente portador de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outras enfermidades – Prescrição médica com indicação para tratamento com acompanhamento multidisciplinar – Decisão que deferiu a tutela de urgência pleiteada pelo autor, para determinar que a requerida forneça e custeie o tratamento prescrito ao autor, nos moldes do relatório médico, sem limitação de sessões anuais ou mensais, e preferencialmente no local de domicílio do infante, no prazo de cinco dias, sob pena de incidência de multa diária por descumprimento, fixada em R\$ 5.000,00 - Irresignação da ré – Acolhimento em parte – Incidência da Súmula 102 deste E. Tribunal de Justiça, devendo prevalecer a indicação médica com o número de sessões prescritas e em local adequado e capacitado para tanto - Observação da RN nº 539 de 2022 da ANS, que alterou a RN nº 465 de 2021, ampliando as regras de cobertura para tratamento de transtornos globais do desenvolvimento, de modo a assegurar a obrigatoriedade de o plano de saúde custear qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento do paciente que tenha um dos transtornos enquadrados na CID F84. Aplicação do disposto no artigo 10, §§ 12 e 13, da Lei nº 9.656/98, com redação alterada pela recente Lei nº 14.454/2022 – **Tratamento que deve ser preferencialmente realizado em clínicas credenciadas – Caso inexistentes clínicas ou profissionais capacitados no método indicado, e na forma prescrita pelo médico que assiste o paciente, justifica-se o custeio integral dos valores relativos ao tratamento em clínica não credenciada.** Acompanhante terapêutico em sala de aula/ambiente escolar que, no entanto, refoge ao âmbito das atividades do plano de saúde, tendo caráter educacional - Operadora de plano de saúde que, em princípio, não está obrigada a

custear tal tratamento – Precedentes. Recurso parcialmente provido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2261880-38.2024.8.26.0000; Relator (a): Marcus Vinicius Rios Gonçalves; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de Indaiatuba - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/12/2024; Data de Registro: 19/12/2024 – destacamos).

Diante do exposto, há de observar a probabilidade do direito para a concessão da tutela pretendida, sendo oportuno, doravante, a análise do perigo na demora ou resultado útil do processo.

À vista disso, há de observar que os laudos médicos indicam, *ipsis litteris*, que “o paciente necessita manter em caráter de urgência suas terapias de reabilitação para não sofrer perdas em seu desenvolvimento neurológico” (fls. 343 do processo principal).

Soma-se isso ao delicado quadro clínico do menor, conforme demonstrado através dos links de fls. 339 do instrumento, o que evidencia o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.

Ante todo o exposto, é o caso de dar provimento ao recurso, para determinar que o plano de saúde realize o custeio integral do tratamento do autor, de forma direta à clínica apta, conforme os relatórios médicos juntados aos autos, no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de multa diária de R\$2.000,00 (dois mil reais), limitada a 30 (trinta) dias.

Pelo meu voto, **dou provimento** ao recurso.

SILVÉRIO DA SILVA

Relator