



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000301417

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2392169-59.2024.8.26.0000, da Comarca de São Paulo, em que são agravantes EMANUEL HILARESKI FERNANDES (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e TATIANE HILARESKI (REPRESENTANDO MENOR(ES)), é agravado NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A.

ACORDAM, em 7ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Deram provimento ao recurso. V. U. Pedido de sustentação oral convertido em preferência simples.", de conformidade com o voto do Relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores LIA PORTO (Presidente sem voto), MIGUEL BRANDI E PASTORELO KFOURI.

São Paulo, 26 de março de 2025.

LUIZ ANTONIO COSTA
RELATOR
Assinatura Eletrônica

Voto nº 25/59412

Agravo de Instrumento nº 2392169-59.2024.8.26.0000

Comarca: São Paulo

Juiz de 1ª Instância: Daniela Claudia Herrera Ximenes

Agravante: Emanuel Hilareski Fernandes e outro

Agravado: Notre Dame Intermédica Saúde S/A

Agravo de Instrumento – Plano de Saúde – Ação de Obrigação de Fazer– Insurgência contra r. decisão que indeferiu a concessão da tutela de urgência para que a Requerida procedesse ao custeio integral do tratamento mencionado na exordial - Necessidade de tratamento com fisioterapia, fonoaudiologia e musicoterapia – Impossibilidade de limitação contratual das sessões – Aplicação do Código de Defesa do Consumidor – Tratamento indicado por médico responsável pelo atendimento da criança – Atenção ao princípio da boa-fé objetiva que norteia a relação jurídica entre as partes – Aplicação da Súmula 102 deste Tribunal – Entendimento jurisprudencial deste Tribunal – Observância à rede credenciada, exceto quando não disponha em sua rede referenciada de profissional apto a realização do tratamento prescrito - Decisão agravada reformada – Recurso provido.

Recurso de Agravo, na modalidade de Instrumento, interposto contra r. decisão proferida em autos de Ação de Obrigação de Fazer que, dentre outras providências, indeferiu a concessão de tutela antecipada para que a Requerida procedesse ao custeio integral do tratamento mencionado na exordial.

Diz o Agravante, em síntese, que a Agravada deve ser compelida à prestação de sua obrigação de fazer, concedendo a total cobertura para o seu tratamento, sem qualquer limitação quanto ao número de sessões a serem realizadas, observado a quantidade prescrita em relatório médico, bem como haja autorização de métodos terapêuticos (ABA), administrativamente negados pela Agravada.

Em cognição inicial concedi a tutela antecipada recursal.

Contraminuta a fls. 110/121.

Parecer da d. Procuradoria de Justiça a fls. 126/129 pelo provimento parcial do recurso.

É o Relatório.

Anote-se que este Tribunal já consolidou o entendimento de que não pode o plano de saúde privar o paciente do tratamento mais moderno disponível quando instalada a doença, tampouco obrigar que o paciente realize o tratamento indicado por outro método, tendo em vista que cabe ao médico que atende o paciente prescrever o tratamento necessário ao controle da doença.

Anote-se que, com a evolução da medicina, ao que contra a metodologia ABA e integração sensorial prescrita pelo médico é que oferece melhores chances de sucesso. O profissional que atende o paciente certamente avaliou a gravidade da doença e a eficácia do tratamento, em relação a outras existentes. Ademais, o tratamento não se mostra manifestamente incompatível com a doença, a colocar dúvida a prescrição médica.

Em se tratando de contrato de plano de saúde (contrato de adesão), são aplicáveis as normas do Código de Defesa do Consumidor,

sendo certo que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor da parte hipossuficiente, qual seja, o beneficiário.

Anoto ainda que a Agência Nacional de Saúde estabelece o rol de procedimentos e eventos da saúde, em atendimento à Lei n. 9656/98, trazendo a cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelos planos e incluindo os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico e tratamento das doenças que compõem a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde.

A Agência Nacional de Saúde tem, dentre outras funções, a de regulamentar os procedimentos obrigatórios que devem ser cobertos pelos planos de saúde; todavia, seu poder de regulamentar não é ilimitado, mas complementar à lei dos planos de saúde. Deve publicar, portanto, o rol mínimo de coberturas, não tendo poder para restringir ou limitar a responsabilidade das operadoras, que advém da lei e dos contratos celebrados com os consumidores.

Veja-se, nesse sentido, a súmula n. 102, da Seção de Direito Privado I deste Tribunal:

“Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.”

Há muito que a Jurisprudência desta Corte e do E. STJ, já tem

firmado o entendimento de que as empresas operadoras de Contratos de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, ou aquelas que celebram Contratos de Seguro para cobertura desses mesmos serviços, não podem interferir nas recomendações médicas, assim como não podem se recusar a cobrir tratamentos que tenham direta relação com doença coberta ou mesmo procedimentos e exames que dela decorram, tudo porque as recusas contrariam a própria natureza do contrato.

Ademais, é entendimento deste Tribunal o de que não se pode interferir nas prescrições médicas, de modo que cabe somente ao médico que atende o paciente, prescrever o tratamento mais adequado para o controle da doença.

Nesse sentido é a Súmula n. 96, da Seção de Direito Privado I deste Tribunal:

“Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento”. (grifei)

Cumpre salientar, que não cabe a este Juízo estabelecer qual o profissional que realizará o tratamento do Agravante.

Assim, caso o plano de saúde não disponha de clínica/profissional apto a realização do tratamento prescrito, a Agravada deverá arcar com o tratamento fora da rede credenciada, não havendo que se falar em reembolso, conforme estabelece o art. 2º da Resolução

Normativa n. 259 da ANS:

“A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto”.

Dessa forma, nos termos do art. 4º, I, da mesma Resolução Normativa, na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o procedimento no município, deve a operadora garantir o atendimento com prestador não integrante da rede assistencial, no mesmo município.

Nesse passo, tampouco cabe à operadora limitar o número de sessões das terapias indicadas, eis que frustraria a própria finalidade do contrato. Só ao profissional médico é dado estabelecer o período necessário ao tratamento necessário à cura do paciente.

Por fim, tampouco há se falar em negativa de cobertura em razão do caráter pedagógico do tratamento, tendo em vista as peculiaridades do caso concreto, eis que o Agravante necessita do tratamento especial, conforme acima exposto.

Nestes termos, determino que toda a tutela de urgência requerida na petição inicial seja concedida, nos termos da prescrição médica, incluindo-se fisioterapia, fonoaudiologia e musicoterapia.

Isto posto, pelo meu voto, **dou provimento** ao recurso.

Luiz Antonio Costa
Relator