



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000304376

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1054453-60.2016.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelada LUANA FATTORI BARRETTO SANTOS.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 1ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALBERTO GOSSON (Presidente) E ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO.

São Paulo, 28 de março de 2025.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Comarca: Foro Central - Capital

Apelação n. 1054453-60.2016.8.26.0100

Apelante: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A

Apelada: LUANA FATTORI BARRETTO SANTOS

Voto n.12218

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTOS. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em Exame. Recurso de apelação interposto contra sentença que determinou à ré custear, para paciente portadora de paralisia cerebral, o procedimento de fisioterapia do método Therasuit e acompanhamentos fisioterapêuticos, conforme prescrição médica, seja por clínicas indicadas pela empresa de saúde ou por reembolso integral, até a alta definitiva da paciente. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em determinar se a operadora de plano de saúde é obrigada a cobrir tratamentos não listados no rol da ANS, mas prescritos por médico assistente, considerando a legislação vigente e a jurisprudência aplicável. III. Razões de Decidir 3. O plano de saúde não pode limitar o tratamento somente para procedimentos incluídos no rol da ANS, devendo incluir todos aqueles necessários para o tratamento eficaz. 4. A jurisprudência reconhece a obrigatoriedade de cobertura de tratamentos prescritos por médico assistente, mesmo que não constem no rol da ANS, se necessários para a reabilitação do paciente. IV. Dispositivo e Tese. 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. A operadora de plano de saúde deve cobrir tratamentos prescritos por médico assistente, baseados em evidências de sua eficácia, mesmo que não constem no rol da ANS, se necessários para a reabilitação do paciente. 2. A exclusão de tratamentos eficazes e reconhecidos constitui prática abusiva. Legislação Citada: CF/1988, art. 196; Lei nº 9.656/1998; Lei nº 12.764/2012; Resolução ANS nº 259/2011; Resolução ANS nº 268/2011. Jurisprudência Citada: STJ, EAREsp n.1.459.849/ES, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, j. 14/10/2020; TJ-SP, Apelação Cível 1034515-07.2023.8.26.0562, Rel. Alcides Leopoldo, j. 16/01/2025; TJ-SP, Agravo de Instrumento 2281663-16.2024.8.26.0000, Rel. Alexandre Marcondes, j. 05/11/2024.

Vistos.

Trata-se de recurso de apelação interposto para impugnar a sentença de fls. 585/589, cujo relatório adoto, que julgou procedente o pedido inicial para a ré custear o procedimento de fisioterapia do método Terasuit, e acompanhamentos fisioterapêuticos, na duração e quantidade determinadas expressamente pelos médicos assistentes, seja através

de clínicas diretamente indicadas pela empresa de saúde ou através do reembolso integral da fisioterapia particular que a autora venha a eleger, caso a empresa ré não realize tal indicação, até a alta definitiva da paciente. O número de sessões deverá ser indicado pelo profissional médico, com encaminhamento ao tratamento acima mencionado, cuja periodicidade poderá ser alterada de acordo com evolução do quadro clínico de saúde da autora.

Segundo a apelante-ré, a sentença merece ser reformada, em síntese, alegando que não há obrigação de cobertura do método ABA, por ser método não constante do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, e que não há possibilidade de custeio fora da rede credenciada (fls. 606/617).

Recurso tempestivo, preparado, e com apresentação de contrarrazões pela apelada (fls. 623/639).

Parecer ministerial pelo desprovimento do recurso (fls. 647/655).

Conste que já havia sido proferida sentença anteriormente (fls. 175/177), tendo sido negado provimento à apelação (fls. 249/253), mas a Superior Corte deu provimento ao recurso especial, o que determinou a nova apreciação da lide (fls. 358/363).

Não houve oposição ao julgamento virtual (Resolução n. 772/2017).

Esse é o relatório.

Passo ao voto.

O recurso não merece ser provido.

No caso concreto, a autora alega, em síntese, que é portadora de paralisia cerebral (G80.0) e necessita de tratamento especializado em virtude do seu diagnóstico, que esse tratamento foi solicitado expressamente pela sua médica assistente, consistindo em fonoaudiologia, fisioterapia com método Therasuit e terapia ocupacional, mas a empresa-ré teria negado a cobertura desses procedimentos.

Ao contrário da irresignação da apelante-ré, a qual aduz que tais terapias não se enquadram no rol da ANS, infere-se ser devida a referida cobertura e ainda que não pode a ré impor limitações quanto ao número de sessões multidisciplinares, consoante o julgamento dos Embargos de Divergência em REsp n.º 1.889.704-SP, Rel. Min. Luís Felipe Salomão, *in verbis*:

“No caso concreto, a ação tem o pedido mediato de obtenção da cobertura de tratamento multidisciplinar pelo método ABA (Applied Behavior Analysis) para autismo - reputado, nos embargos de divergência, não previsto no Rol da ANS -, sem limitação do número de sessões de terapia ocupacional e de fonoaudiologia. Em vista da superveniente mudança promovida pela ANS Resolução n. 469/2021, que altera o Anexo II (Diretrizes de Utilização) da Resolução Normativa n. 465/2021 (vigente Rol da ANS), publicada em 12/7/2021 e da própria manifestação da parte recorrente, na primeira sessão

de julgamento, no sentido da subsequente perda do interesse recursal, há uma diretriz que tornou ilimitado o número de consultas com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para tratamento de autismo. Caso a operadora possua, em sua rede credenciada, profissional habilitado em determinada técnica ou determinado método, tal como a ABA, tal abordagem terapêutica poderá ser empregada pelo profissional no atendimento ao beneficiário, durante a realização dos procedimentos cobertos, como sessão de psicólogo e/ou terapeuta ocupacional (com diretriz de utilização) ou sessão com fonoaudiólogo.”.

Há julgados desta Corte em relação específica ao método Therasuit para casos de paralisia cerebral:

“DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTOS. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em Exame. Ação cominatória em que o autor, portador de Paralisia Cerebral Quadriplégica Espástica, busca compelir a operadora de plano de saúde a cobrir tratamentos prescritos, incluindo o método Therasuit, musicoterapia e hidroterapia, negados sob a alegação de não constarem no rol da ANS. II. Questão em Discussão. 2. A questão em discussão consiste em determinar se a operadora de plano de saúde é obrigada a cobrir tratamentos não listados no rol da ANS, mas prescritos por médico assistente, considerando a legislação vigente e a jurisprudência aplicável. III. Razões de Decidir. 3. O plano de saúde não pode limitar o tipo de tratamento para doenças cobertas, devendo incluir todos os procedimentos necessários para o tratamento eficaz. 4. Os métodos Therasuit e Bobath, bem como as terapias de musicoterapia e hidroterapia, são reconhecidos como eficazes na reabilitação neurológica, não podendo ser excluídos pela operadora. IV. Dispositivo e Tese. 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. A operadora de plano de saúde deve cobrir tratamentos prescritos por médico assistente, baseados em evidências de sua eficácia, mesmo que não constem no rol da ANS, se necessários para a reabilitação do paciente, 2. A exclusão de tratamentos eficazes e reconhecidos constitui prática abusiva” (Apelação Cível / Tratamento médico-hospitalar 1034515-07.2023.8.26.0562 - Relator(a): Alcides Leopoldo - Comarca: Santos - Órgão julgador: 4ª Câmara de Direito Privado - Data do julgamento: 16/01/2025).

“Agravado de instrumento. Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer. Tutela de urgência. Recurso interposto contra decisão que determinou à agravante cobertura de tratamento multidisciplinar pelos métodos ABA e Therasuit prescrito ao agravado, menor portador de paralisia cerebral associada com transtorno do espectro autista. Negativa fundada na ausência de previsão no rol de procedimentos obrigatórios da ANS. Irrelevância. Taxatividade do rol da ANS que não pode ser considerada absoluta. Prevalência da prescrição médica. Incidência da Lei nº 14.454/2022, que alterou o art. 10, § 13º, da Lei nº 9.656/98, que passou a admitir a cobertura de tratamentos e procedimentos com comprovação científica de eficácia não inseridos no rol da ANS. Recente resolução da ANS que incorporou novos métodos de terapias para pacientes com transtornos globais de desenvolvimento (Resolução nº 539/2022), como no caso. Urgência no início do tratamento configurada. Decisão agravada confirmada. Recurso desprovido” (Agravado de Instrumento / Tratamento médico-hospitalar 2281663-16.2024.8.26.0000 - Relator(a): Alexandre Marcondes - Comarca: Sorocaba - Órgão julgador: 1ª Câmara de Direito Privado - Data do julgamento: 05/11/2024).

A controvérsia recursal cinge-se na obrigação da operadora de plano de saúde em custear o tratamento da autora fora da rede credenciada, diante da inexistência de unidades conveniadas próximas à sua residência e da necessidade de manutenção do vínculo terapêutico com a equipe multidisciplinar que já realiza o atendimento.

Insta esclarecer que a relação estabelecida entre as partes é de consumo e, portanto, regida pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC) - Lei nº 9.656/1998 - que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Ainda, a Súmula 469 do C. STJ dispõe que: *"Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde"*. Desse modo, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor do consumidor, especialmente quando envolvem a garantia do direito fundamental à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal.

Destaca-se, ainda, a inafastabilidade da proteção constitucional conferida à criança e ao adolescente, garantindo-lhes a proteção integral. A essa proteção soma-se àquela destinada às pessoas com deficiência, conforme estabelecido na Convenção de Nova Iorque, incorporada ao ordenamento jurídico nacional com status de emenda constitucional.

No caso em análise, tem-se que a operadora de saúde se nega a necessidade do tratamento multidisciplinar, e também se recusa a custeá-lo fora da rede credenciada. Contudo, restou comprovado nos autos que não há clínicas conveniadas acessíveis à autora, impondo-lhe deslocamentos excessivos e incompatíveis com sua condição clínica, o que inviabiliza a efetiva realização das terapias necessárias.

No que se refere à obrigação dos planos de saúde em cobrir os tratamentos que integram o Método ABA para casos de paralisia cerebral ou autismo, o Egrégio Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu recentemente o seguinte:

"Quanto ao tratamento multidisciplinar para autismo, reconheceu a Segunda Seção, no citado precedente, que é devida a cobertura, sem limite de sessões, admitindo-se que está previsto no rol da ANS, nos seguintes termos: "a) para o tratamento de autismo, não há mais limitação de sessões no Rol; b) as psicoterapias pelo método ABA estão contempladas no Rol, na sessão de psicoterapia; c) em relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - Conitec, de novembro de 2021, elucida-se que é adequada a utilização do método da Análise do Comportamento Aplicada - ABA." 3. O entendimento do Tribunal de origem, ao determinar a cobertura, pelo plano de saúde, de tratamento multidisciplinar para autismo sem limitação de sessões, concorda com a recente jurisprudência do STJ." (AgInt no AREsp n. 2.083.773/MS, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 13/2/2023, DJe de 22/2/2023.)

Ainda, segundo a Resolução nº 259/2011 da Agência Reguladora, o prestador de plano de saúde deve garantir rede assistencial no município requerido pelos beneficiários, desde que contemplado pela área de abrangência do plano:

"Art. 2º 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".

E o artigo 4º da Resolução nº 268/2011 da Agência Nacional de Saúde possui a seguinte orientação para os casos de indisponibilidade do serviço demandado:

"Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial 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:

I -prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes".

Além disso, a Lei nº 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, garante o direito ao acesso a tratamento especializado, devendo ser observada a integração terapêutica do paciente, o que pode ser aplicado também aos casos de paralisia cerebral, e reforça a necessidade de manter o atendimento com os profissionais que já acompanham o autor.

É essencial destacar que, no caso em análise, a prescrição médica atesta expressamente a necessidade de a paciente realizar o tratamento em uma clínica próxima à sua residência, em razão de sua condição de distúrbio comportamental e sensorial, conforme os laudos e relatórios apresentados nos autos pelos especialistas. Dessa forma, as indicações de clínicas da rede credenciada e, locais distantes mostram-se inadequadas.

Ressalta-se, por oportuno, que não se desconhece a impossibilidade de o consumidor escolher profissionais específicos fora da rede credenciada na modalidade contratada. No entanto, diante da ausência de profissionais capacitados no quadro credenciado próximo à residência da autora, essa regra deve ser relativizada, em conformidade com a legislação anteriormente mencionada.

Ora, a não comprovação adequada do cumprimento da obrigação de fornecer os tratamentos necessários, nesse contexto, equivale à negativa de cobertura, a qual se revela indevida. Diante disso, impõe-se, excepcionalmente, o custeio integral do tratamento realizado em clínica particular, conforme entendimento do C Superior Tribunal de Justiça:

"efetuadas pelo beneficiário com

tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento" (EAREsp n.1.459.849/ES, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020.)

Dessa forma, não sendo disponibilizada unidade clínica da rede credenciada capaz de realizar o tratamento indicado pelos médicos, deverá a apelante custeá-lo diretamente, pagando prestadores particulares. Também é nesse sentido o entendimento exarado por este E. Tribunal:

PLANO DE SAÚDE – OBRIGAÇÃO DE FAZER – NEGATIVA DE CUSTEIO – Autor portador de Transtorno de Espectro Autista – R. sentença que julgou parcialmente procedente o pedido inicial, para condenar a ré a dar cobertura às terapias específicas prescritas por método ABA, além de psicopedagogia e acompanhamento terapêutico, indeferindo o pedido de indenização por dano moral - Recurso das partes - Ré que requer a improcedência do pedido com relação ao acompanhamento terapêutico e psicopedagogia, e autor pleiteia a indenização por dano moral - Operadora de saúde que não tem obrigação de custear as sessões de acompanhamento terapêutico, que extrapola os limites o do contrato – Em que pese indicado por médica psiquiatra, o referido serviço está sendo desenvolvido fora da unidade de saúde/clínica, utilizando o cotidiano da criança em ambiente domiciliar e escolar – Sessões de psicopedagogia, por outro lado, que devem ser custeadas pela ré, pois prestadas em ambiente clínico – Natureza médica e de saúde do serviço de psicopedagogia – Autismo, transtorno neurológico peculiar - Necessidade de que as terapias sejam realizadas em clínica próxima à residência do autor, considerando as dificuldades de locomoção, e do caráter contínuo e de longa duração dos tratamentos - Ré que não comprovou a existência de clínica e profissional credenciados próximo ao domicílio do autor – Dever de custeio integral em clínica não integrante da rede credenciada - Danos morais caracterizados – Ré que negou cobertura na forma prescrita, autorizando somente pouco mais de três horas semanais de terapias - Situação na qual o menor se encontrava especialmente fragilizado, acometido de doença grave que necessita de terapias múltiplas o mais precoce possível, na forma prescrita, para possibilitar melhores respostas/ganhos nas terapêuticas - Frustração da legítima expectativa de o menor autor em se ver protegido pelo plano de saúde contratado e de ser atendido com a diligência e presteza necessárias – Fixação de indenização em R\$ 10.000,00, conforme pleiteado – Valor razoável que atende o caráter punitivo e pedagógico, sem gerar enriquecimento ilícito ao consumidor – Sentença parcialmente reformada para excluir da cobertura as sessões de acompanhamento terapêutico e para condenar a ré em indenização por dano moral - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO DA RÉ e RECURSO PROVIDO DO AUTOR. (TJ-SP - Apelação Cível: 1002419-81 .2019.8.26.0366 Mongaguá, Relator.: Angela Moreno Pacheco de Rezende Lopes, Data de Julgamento: 27/09/2023, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 27/09/2023)

Plano de saúde. Tratamento de transtorno do espectro autista (TEA) pelo método ABA. Sentença que condenou a operadora a custear o tratamento indicado fora de sua rede credenciada em vista da falta de comprovação da existência de clínica credenciada a tanto apta. Inconformismo da

operadora. Pretensão de limitação do tratamento à sua rede credenciada ou, no caso de custeio em clínica não credenciada, que este se dê nos limites do contrato. Tratamento que, no caso de inexistência de clínica credenciada adequada, autoriza o socorro fora da rede. Questão do cumprimento que já se discute em incidente próprio. Sentença mantida. Recurso desprovido. (TJ-SP - Apelação Cível: 10000854120228260537 São Bernardo do Campo, Relator.: Claudio Godoy, Data de Julgamento: 26/08/2024, 1ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 26/08/2024).

Nada a modificar na bem lançada sentença.

Nada a dispor sobre honorários recursais, visto não terem sido impostos honorários sucumbenciais na origem, nos termos do Enunciado nº 4, da Jurisprudência em Teses do STJ, edição 129.

Posto isso, **nego provimento** ao recurso.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora