



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000304409

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2281111-51.2024.8.26.0000, da Comarca de Carapicuíba, em que são agravantes GAEL BENÍCIO PEDROZA CRUZ (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e GABRIELA ADOLFO CRUZ (REPRESENTANDO MENOR(ES)), é agravado NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento em parte ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente sem voto), JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES E JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS.

São Paulo, 28 de março de 2025.

JANE FRANCO MARTINS

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Agravo de Instrumento nº 2281111-51.2024.8.26.0000

Agravante/autor: Gael Benício Pedroza Cruz (menor representado por sua genitora)

Agravada/ré: Notre Dame Intermédica Saúde S/A

Juíza: Dra. Rossana Luiza Mazzoni de Faria

Origem: 4ª Vara Cível do Foro de Carapicuíba

Nº processo na origem: 1007660-98.2024.8.26.0127

Voto nº . 6186

DIREITO À SAÚDE. AGRAVO DE INSTRUMENTO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. TUTELA DE URGÊNCIA. DECISÃO PARCIALMENTE REFORMADA.

I. Caso em Exame. Agravo de instrumento interposto contra decisão que negou tutela de urgência em ação de obrigação de fazer c/c indenizatória por danos morais. O autor, menor representado por sua genitora, portador de Transtorno de Espectro Autista (TEA), pleiteia o custeio de tratamento em clínica particular devido à inadequação da rede credenciada do plano de saúde.

II. Questão em Discussão. A questão em discussão consiste em determinar se a operadora de plano de saúde é obrigada a custear tratamento em clínica particular quando a rede credenciada não oferece os serviços necessários ao tratamento do autor.

III. Razões de Decidir. A concessão da tutela liminar específica está condicionada à presença dos pressupostos do artigo 300 do CPC, que se encontram presentes no caso em análise. A jurisprudência estabelece que, uma vez prescrito por médico de confiança, a operadora não pode escolher o tratamento a ser realizado, devendo respeitar a indicação médica.

IV. Dispositivo e Tese. Recurso parcialmente provido. Tese de julgamento: 1. A operadora de plano de saúde deve custear tratamento indicado por médico, mesmo fora da rede credenciada, se esta não oferece o serviço necessário. 2. O reembolso integral é devido quando não houver prestadores aptos na rede credenciada.

Cuida-se de agravo de instrumento tirado contra r. decisão que, em ação de obrigação de fazer c/c indenizatória por danos morais com pedido de tutela de urgência, assim dispôs:

"Vistos. Defiro os benefícios da gratuidade da justiça. Anote-se. Trata-se de ação cominatória na qual se pretende a obrigatoriedade de custeio das despesas destinadas ao tratamento do menor em clínica particular considerando a inadequação da rede credenciada. Contudo, por ora, considerando a falta de probabilidade do direito, mais precisamente sobre os fatos narrados na inicial que permitiriam em tese o custeio das despesas em clínica particular, REJEITO a liminar. Cite-se a ré para que apresente resposta no prazo legal. Int."

Insurge-se o agravante argumentando ser portador do Transtorno de Espectro Autista (TEA), nível 2 de suporte, com ausência de linguagem funcional, CID F84.0, e que necessita realizar seu tratamento na Clínica Florescer, pois a rede credenciada da agravada não estaria apta para fornecer os tratamentos requeridos. Pleiteia a concessão de efeito suspensivo para obrigar a agravada a "custear o tratamento do menor em clínica particular indicada pela família, Clínica Florescer Terapias Integradas".

O efeito pleiteado não foi concedido (fls.28/29).

Contraminuta as fls. 37/46.

Sobreveio parecer da Douta Procuradoria Geral de Justiça opinando pelo provimento do recurso.

É o relatório.

Presentes os requisitos, foi possível o juízo positivo de admissibilidade do recurso, razão pela qual foi processado e está em condições de julgamento.

Trata-se os autos principais de ação de obrigação de fazer com pedido de danos morais e pedido de tutela de urgência, na qual o autor, ora agravante aduz que é segurado do plano de saúde beneficiário do plano de saúde da operadora, ora requerida, bem como que é portador de Transtorno Do Espectro Autista (TEA), Nível 3 de Suporte, Com Ausência De Linguagem Funcional, CID F84.

Logo, diante do diagnóstico do agravante, necessita de tratamento multidisciplinar pelo método ABA, incluindo as seguintes terapias: Psicoterapia comportamental ABA/DENVER 30 horas semanais; Fonoaudiologia pelo método PECS e PROMPT 5 horas semanais; Terapia ocupacional com integração sensorial 5 horas semanais; Psicopedagogia 1 hora semanal; Musicoterapia 1 hora semanal; Fisioterapia Motora 2 horas semanais; Orientação Parental mensal 1 hora semanal.

Todavia, segundo aduz o agravante, a operadora, ora agravada, não possui rede credenciada apta a oferecer o tratamento ora mencionado. Dessa maneira, pleiteia que a ré seja condenada a custear o procedimento em clínica particular.

A r. decisão agravada negou a tutela pretendida.

Insurge-se a parte autora.

Pois bem.

O recurso comporta parcial provimento.

A concessão da tutela liminar específica encontra-se condicionada à presença dos pressupostos previstos no artigo 300, do Código de Processo Civil, consistentes no provável direito da parte autora e existente perigo de dano ou risco àquele resultado.

E, no caso, estes requisitos encontram-se presentes pelo próprio objeto do contrato, bem como no pedido expresso do médico da agravante sugerindo o tratamento.

Ora, é certo que o Código de Defesa do Consumidor, a exemplo do Código Civil no capítulo destinado aos seguros, permite as cláusulas que limitam os direitos do consumidor, apenas exigindo que sejam redigidas com destaque, para possibilitar sua compreensão.

Assim, é do direito da ré estabelecer cláusulas, restringindo a cobertura securitária. Entretanto, o argumento exposto para negar a cobertura do tratamento pretendido não pode ser tido como apto para tanto.

Isso porque, a jurisprudência da Câmara e deste E. Tribunal é no sentido de que, uma vez prescrito por médico de confiança, como tal ocorre aqui, nem a ANS, nem a operadora, ainda que seus médicos discordem da eficácia, podem escolher o tratamento que deve ser realizado.

O comportamento da ré contraria o quanto disposto no art. 51, IV do Código de Defesa do Consumidor, pois coloca a parte autora em exagerada desvantagem, retirando-lhe a chance de realizar tratamento médico imprescindível para manutenção de sua saúde. Não obstante, a escolha deste não foi feita pela parte autora, mas sim pelo seu médico, de onde se presume que é necessário.

Ademais, a diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde (ANS) aprovou na data de 23.06.2022 uma normativa que amplia as regras de cobertura assistencial de planos de saúde para pacientes com transtornos do desenvolvimento, entre os quais o transtorno do espectro autista (TEA).

A decisão incorpora a terapia ABA (sigla em inglês que significa Análise Comportamental Aplicada) ao rol de tratamentos que devem ser disponibilizados pelas operadoras.

A determinação foi aprovada por unanimidade e estabelece que a partir de 1º de julho passou a ser obrigatória a cobertura para qualquer método ou técnica que seja indicado por um especialista a pacientes com algum dos transtornos que compõem o CID F84.

Desta feita, não é a seguradora de saúde que deve eleger o tratamento mais adequado e proveitoso para o paciente, mas sim o médico que o assiste e inclusive responde civilmente por eventual erro médico.

Vale ressaltar que o mesmo raciocínio deve ser aplicado em relação à limitação do referido tratamento no contrato de assistência médica firmado, afinal, se está prevista a cobertura da enfermidade do autor, esta deve ir até a sua cura.

Com efeito, limitar o tratamento é o mesmo que negá-lo integralmente. O indeferimento de parte das terapias prescritas inviabiliza a eficácia do tratamento multidisciplinar.

No que tange a cobertura dos tratamentos fora da rede credenciada, observa-se que esta deve estar condicionada à inexistência de prestadores aptos na rede credenciada ou sua indisponibilidade.

Com efeito, o reembolso integral é permitido quando não houver na rede credenciada profissionais

habilitados para o desenvolvimento dos tratamentos indicados, ou a operadora não disponibilizar o tratamento de forma imediata, em clínica próxima a residência da parte autora e com a agenda compatível com as necessidades do paciente.

Portanto, no caso de oferecimento de atendimento nos moldes estabelecidos, e o autor opte por uma clínica particular mediante reembolso, esse deverá se dar nos limites do contrato.

Assim, defere-se parcialmente a tutela provisória para determinar que a ré autorize e custeie integralmente o tratamento indicado a parte autora, conforme laudo médico, em clínica credenciada apta no município de residência da parte autora ou mediante reembolso integral em clínica particular, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00 (mil reais), limitada a 40 dias.

Ante ao exposto, dá-se parcial provimento ao recurso, nos termos da fundamentação.

JANE FRANCO MARTINS

Relatora