



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000360724

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2276413-02.2024.8.26.0000, da Comarca de São Paulo, em que é agravante CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, são agravados VINICIUS BOHER DE MORAES (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e FABRICIA BOHER DE MORAES (REPRESENTANDO MENOR(ES)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª 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 ALVARO PASSOS (Presidente) E JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS.

São Paulo, 11 de abril de 2025.

FERNANDO MARCONDES

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Agravo de Instrumento nº 2276413-02.2024.8.26.0000

Agravante: Central Nacional Unimed - Cooperativa Central

Agravados: Vinicius Boher de Moraes e Fabrícia Boher de Moraes

Comarca: São Paulo - 17ª Vara Cível do Foro Central

Origem: 1108915-83.2024.8.26.0100

Magistrada de origem: Renata Martins de Carvalho

Voto nº 11903

EMENTA: DIREITO CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TUTELA DE URGÊNCIA. **RECURSO DESPROVIDO.**

I. CASO EM EXAME

1. Agravo de instrumento interposto por Central Nacional Unimed contra decisão que concedeu tutela de urgência para custeio de tratamento multidisciplinar para paciente com Transtorno do Espectro Autista, em clínica não credenciada, devido à falta de disponibilidade em rede credenciada.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em verificar a obrigatoriedade do plano de saúde em custear tratamento em clínica não credenciada, quando não há disponibilidade na rede credenciada, e a necessidade de cumprimento das normas da ANS sobre cobertura de tratamentos para TEA.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A cobertura de tratamentos para TEA é obrigatória, conforme Resolução Normativa da ANS, incluindo métodos indicados pelo médico assistente.

4. A negativa de cobertura com base na ausência de previsão no rol da ANS é considerada abusiva, conforme jurisprudência consolidada.

IV. DISPOSITIVO E TESE

5. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: 1. A operadora de plano de saúde deve custear tratamento indicado por médico, mesmo fora da rede credenciada, se não houver disponibilidade. 2. A negativa de cobertura com base na ausência de previsão no rol da ANS é abusiva.

Legislação citada: Código de Defesa do Consumidor, art. 51, IV e §1º, I e III.; Resolução Normativa ANS nº 469/2021.

Jurisprudência citada: TJSP, AI nº 2161084-44.2021.8.26.0000, Rel. Des. José Joaquim dos Santos, j. 13.08.2021; TJSP, AI nº 2103040-32.2021.8.26.0000, Rel. Des. Herta Helena de Oliveira, j. 15.09.2021; TJSP, AI nº 2085242-58.2021.8.26.0000, Rel. Des. Maria Salete Corrêa Dias, j. 13.09.2021.

1 - Trata-se de agravo de instrumento interposto por Central Nacional Unimed - Cooperativa Central em que são agravados Vinicius Boher de Moraes e Fabrícia Boher de Moraes, em face da r. decisão de fls. 85/87 dos autos de origem, pela qual acolheu-se pedido de concessão de tutela de urgência.

A parte recorrente afirma, em síntese, ser necessária a realização de perícia médica, eis que requeridas terapias não contempladas pelo Rol da ANS e em rede não credenciada; deve ser exigida caução; não se cuida de situação emergencial. *“Ao contrário do que alega a parte agravada, o seu tratamento nunca foi negado pela agravante, conforme se demonstra pelas guias de autorização anexas, ainda, como se percebe pela conversa de WhatsApp juntada pela parte autora, a clínica credenciada não negou o atendimento, apenas não dispõe de horários no período da manhã”.* *“Deve ser rechaçado o pedido do requerente para custeio de terapia em rede não credenciada, uma vez que, como reconhecido na inicial, há rede credenciada apta para o atendimento, ou ainda em rede credenciada 'próxima a sua casa’”.*

Indeferido efeito suspensivo (cf. fls. 115/116), o recurso foi bem processado, sem resposta dos recorridos (cf. fl. 119), mas com manifestação da douta Procuradoria Geral de Justiça (cf. fls. 123/126).

É o relatório.

2 - Colhe-se da r. decisão recorrida, tratar-se “*de pedido de tutela de urgência para que a requerida seja compelida a pagar integralmente à Clínica Movimento ABA o tratamento especializado multidisciplinar de que precisa o autor, quais sejam: a) 3 (três) sessões semanais de Fonoaudiologia ABA; b) 4 (quatro) sessões semanais de Terapia Ocupacional ABA para integração sensorial e atividade de vida diária; c) 6 (seis) sessões semanais de Psicologia ABA e d) (duas) sessões semanais de fisioterapia neurológica, prescritos pela médica para a iniciar o tratamento de Brayan, sem limite de sessões, na duração e quantidade determinadas pelos especialistas.*

Narra o autor na inicial, em síntese, que é portador de Transtorno do Espectro Autista moderado (CID 10: F 84.0); que em março de 2024, após consulta com médico neurologista pediátrico, foi diagnosticado atraso global do desenvolvimento, atraso de fala e linguagem, necessitando de seguimento multidisciplinar dentro da metodologia ABA, 30 horas semanais; que estava em tratamento na Clínica Focus, na cidade de São Roque, e seu tratamento interrompido em razão do número reduzido de vagas, não correspondendo ao prescrito pelo médico; que a Clínica mencionada além de reduzir o número de sessões em razão da falta de profissionais, não contratou novos para atender a demanda; que as clínicas credenciadas localizadas próximas a sua residência não possuem o método conforme prescrição médica ou não dispõe do mínimo de carga horária prescrita; que, assim, encontrou a Clínica Movimento ABA, onde iniciou seu tratamento.

Com efeito, os documentos às fls. 37/38 e 67/84 comprovam a relação de consumo firmada entre o autor e a ré, ou seja, de prestação de serviços de assistência à saúde, bem como o quadro de saúde do autor, da necessidade do tratamento médico e das terapias prescritas pelo médico em local(is) próximo(s) ao seu domicílio, pois pessoas com TEA não toleram grandes distâncias no transporte (fls. 34/35 e 38/41).

Os documentos de fls. 10/11 demonstram que a Clínica Focus, credenciada à ré, deixou de prestar atendimento ao autor.

Assim sendo, não há controvérsia sobre a cobertura para o tratamento por profissionais da área da saúde, conforme a prescrição médica, diante do que dispõe a Resolução Normativa n. 469/2021 da ANS, que alterou a Resolução Normativa - RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para o tratamento/manejo do Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Quanto ao número de sessões, em 23.06.2022, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou uma normativa que amplia as regras de cobertura assistencial para usuários de planos de saúde com transtornos globais do desenvolvimento, entre os quais está incluído o transtorno do espectro autista.

Dessa forma, a partir de 1º de julho de 2022, passou a ser obrigatória a cobertura para qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento do paciente que tenha um dos transtornos enquadrados na CID F84, conforme a Classificação Internacional de Doenças.

Todavia, como observou a Promotora de Justiça, a requerida não está obrigada à cobertura relativa a psicologia em ambiente natural (domiciliar, escolar e outros que não o clínico), psicopedagogia (por profissional da área da educação) e musicoterapia, bem como a cobertura fora de rede credenciada é medida excepcional, que somente ocorrerá se a ré não oferecer o tratamento na rede credenciada próxima à residência do autor.

Assim, no que refere à rede credenciada, a requerida deve informar clínicas credenciadas próximas da residência do autor e, caso não haja, deverá realizar o pagamento à Clínica Movimento ABA.

Isto posto, evidenciada a probabilidade do direito e do perigo de dano, nos termos do artigo 300 do Código de Processo Civil, defiro parcialmente a tutela de urgência para determinar a requerida que autorize e disponibilize, na sua rede credenciada, no prazo de 05 (cinco) dias a contar da ciência desta decisão, as terapias multidisciplinares de que necessita o autor, conforme prescritos pela médica que o acompanha, em clínicas próximas da residência do autor, sem limitação do número de sessões por período, ressalvadas a psicologia em ambiente natural (domiciliar, escolar e outros que não o clínico), psicopedagogia (por profissional da área da educação) e musicoterapia e, caso não haja clínica credenciada, deverá realizar o pagamento do tratamento na Clínica Movimento ABA, sob pena de multa diária de R\$ 500,00, limitada a 30 dias.

No mesmo prazo, nos termos da manifestação ministerial, a requerida deverá indicar as clínicas credenciadas aptas ao atendimento do autor” (cf. fls. 85/87 dos autos de origem).

3 - Essa decisão deve ser mantida.

As questões ventiladas neste inconformismo recursal ainda não foram, de forma exauriente, examinadas pelo juízo de primeiro grau, sendo inadmissível, portanto, sua apreciação por este Tribunal, sob pena de supressão de instância.

Em outros termos, os temas de fundo devem ser examinados primeiramente pelo ilustre magistrado de primeiro grau, cabendo ao Tribunal somente julgar as inconformidades recursais, em respeito ao princípio do duplo grau de jurisdição.

Assim, nesta oportunidade, somente se deve verificar a presença ou não dos pressupostos legalmente exigidos para a concessão de tutela de urgência.

Pertinente registrar que no âmbito da tutela de urgência se deve proteger direito aparente, ainda não declarado judicialmente, pois a cognição necessária à concessão da medida não precisa ser exauriente bastando justamente a aparência de que aquilo que foi alegado corresponde à realidade.

Em situação semelhante, veiculada no Agravo de Instrumento nº 2161084-44.2021.8.26.0000, julgado no dia 13 de agosto de 2021 e relatado pelo Desembargador José Joaquim dos Santos, cuja Turma Julgadora foi integrada pelos Desembargadores Álvaro Passos e Giffoni Ferreira (vencido), essa/ 2ª Câmara de Direito Privado, por maioria de votos, decidiu:

“(....) tem-se que há julgados do TJSP, inclusive desta Câmara, mantendo a obrigação do plano de saúde de arcar com os custos decorrentes do tratamento pelo método ABA para infantes com espectro

autista (Apelação 1002125-12.2017.8.26.0362; Apelação 1037123-71.2017.8.26.0114; Agravo de Instrumento 2065638-53.2017.8.26.0000), sendo 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, em conformidade com o disposto na da Súmula nº 102 do TJSP”.

Também desta Câmara, no julgamento do Agravo de Instrumento nº 2103040-32.2021.8.26.0000, realizado no dia 15 de setembro de 2021, de relatoria da Desembargadora Herta Helena de Oliveira, a Turma Julgadora composta pelos Desembargadores José Joaquim dos Santos e José Carlos Ferreira Alves, restou consignado:

"A jurisprudência sedimentou o entendimento de que a operadora tem o dever de fornecer o tratamento ou material indicado pelo médico à doença coberta.

A requerida fundamenta sua negativa no argumento de que o contrato firmado não prevê cobertura para a procedimento requerido pela autora, por não se enquadrar no rol de cobertura mínima da ANS e por ser trata de tratamento de natureza experimental.

No caso em análise, restou demonstrada a necessidade do tratamento indicado, conforme documentos de fls. 24.

Nessa esteira, não pode prevalecer a recusa da agravante, sob a alegação de que o procedimento não está previsto no rol de cobertura mínima da ANS, porquanto compete ao médico indicar o tratamento mais adequado e eficiente ao seu paciente. Havendo cobertura para a patologia, o tratamento deve ser fornecido”.

No mesmo sentido: TJSP, Agravo de Instrumento nº 2085242-58.2021.8.26.0000, rel. Des. Maria Salete Corrêa Dias, 2ª Câm. Dir. Privado desta Corte, j. 13 de setembro de 2021; Agravo de Instrumento nº 2033868-03.2021.8.26.0000, rel. Des. José Carlos Ferreira Alves, 2ª Câm. Dir. Privado desta Corte, j. 9 de setembro de 2021.

Neste último precedente registrou-se:

“Não obstante faltem-me conhecimentos técnicos na área médica, não me parece que o tratamento prescrito ao menor subsuma-se à hipótese de negativa de cobertura por parte da agravante. O que me cumpre analisar, por ora, é a indicação do tratamento para o caso do segurado. E isso está suficientemente demonstrado nos autos, conforme solicitação do médico assistente da autora (fls. 29 e fls. 149 dos autos de origem O autor precisa de terapias para tratamento de TEA Transtorno do Espectro Autista e já vem realizando tratamento em clínica sugerida pelo neuropediatra, com bons resultados fls. 149 dos autos de origem).

É entendimento desta Câmara, e não só dela, o de que o plano de saúde não pode exercer controle ou influência sobre a opção do médico acerca de qual é o tratamento indicado. A presunção que impera é que o profissional conhece o caso clínico do paciente, avalia os riscos e benefícios de cada tratamento possível, escolhendo o que se adapta melhor ao indivíduo. A seguradora, por sua vez, tem o inequívoco interesse econômico, de forma que lhe favorece a indicação dos tratamentos menos custosos, não podendo escolher o melhor tratamento, pois, sendo ele julgado necessário pelo médico, deve o mesmo ser coberto, independentemente de estar previsto ou não no contrato, não obstante, ainda, tratar-se de tratamento experimental ou não incluído no Rol de Procedimentos Obrigatórios da ANS.

Sendo a função social do contrato a preservação da vida e da saúde, vigorando o princípio da boa-fé objetiva, é claro que a intenção do consumidor é estar protegido no momento em que estiver com sua saúde fragilizada. E é essa a promessa também que a seguradora faz no momento da contratação. Assim, é cediço que o seguro deve abarcar tratamentos mais modernos à medida que vão surgindo, sob pena de sancionar o cliente que, desde jovem, contrata um plano de saúde e cumpre pontualmente com todas as obrigações de pagamento, mas se vê desprotegido num momento futuro”.

É bem verdade que o contrato pode estabelecer algumas limitações ao direito do consumidor, excluindo alguns tipos de tratamento, bem como a cobertura de algumas doenças, entretanto, não pode furtar-se a custear o tratamento daquelas doenças cobertas pelo plano, sendo vedada a meia-cobertura.

(...)

Ademais, é considerada iníqua a cláusula que limita a cobertura a doenças, procedimentos e tratamentos. Assim, não se pode negar o direito do segurado a uma vida com dignidade, quando houver um tratamento idôneo a aliviar seu sofrimento, restituindo sua qualidade de vida e estendendo sua sobrevida.

Ainda quanto à eventual arguição de que a seguradora não está obrigada a custear procedimentos experimentais ou não inclusos na lista da ANS, este E. TJSP possui entendimento recentemente sumulado a respeito: “Súmula 102: 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.

(...)

Além disso, há possibilidade de reversão da medida deferida, sendo que, eventuais prejuízos suportados pela agravante serão de ordem exclusivamente patrimonial, motivo pelo qual, suspender, liminarmente a eficácia da r. decisão agravada seria atitude extremamente açodada deste Relator. Registre-se que há inúmeros precedentes em caso análogo (envolvendo autismo e o tratamento indicado)”.

Convém também ter presente que no julgamento da Apelação Cível nº 1084557-30.2019.8.26.0100, realizado no dia 5 de agosto de 2021, essa 2ª Câmara de Direito Privado deste Tribunal de Justiça de São Paulo, em acórdão da lavrada do Desembargador Álvaro Passos, cuja Turma Julgadora foi composta pelos Desembargadores Giffoni Ferreira (vencido, com declaração de voto) Herta Helena de Oliveira, Maria Salete Corrêa Dias e José Carlos Ferreira Alves, por maioria de votos, ressaltou:

“...que a limitação pretendida pela apelante configura prática abusiva, sendo, a cláusula que assim dispõe, sendo nula de pleno direito, conforme prescrito pelo art. 51, inciso, IV e §1º, I e III, do Código de Defesa do Consumidor. Igualmente, não há falar-se em restrição de acobertamento de tratamento, já que o que a Legislação impõe é a cobertura mínima obrigatória que deve de ser prestada pelas operadoras ou seguradoras de plano de saúde.

Anota-se, por oportuno, que entendimento sobre eventual taxatividade do rol foi, inclusive, revisto pelo próprio Superior Tribunal de Justiça, conforme o quanto segue: Em que pese a existência de precedente da eg. Quarta Turma de que seria legítima a recusa de cobertura com base no rol de procedimentos mínimos da ANS, esta eg.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Terceira Turma, no julgamento do AgInt no REsp 1.829.583/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, julgado aos 22/06/2020, reafirmou sua jurisprudência no sentido do caráter exemplificativo do referido rol de procedimentos (AgInt no REsp 1882975/SP, Rel Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 14/09/2020, DJe 17/09/2020). Além disso, o Recurso Especial que a apelante menciona, em suas razões, não possui efeito vinculante”.

Ante o exposto, **adotando-se esses bem lançados e, a meu sentir, cultos fundamentos, nega-se provimento ao recurso.**

Fernando Marcondes
Relator