



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000415708

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1013280-84.2022.8.26.0152, da Comarca de Cotia, em que são apelantes JANEIDE BARRETO DA SILVA (REPRESENTANDO MENOR(ES)) e HELENA BARRETO POUZA (MENOR), é apelado NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 3ª 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 JOÃO PAZINE NETO (Presidente) E VIVIANI NICOLAU.

São Paulo, 29 de abril de 2025.

DONEGÁ MORANDINI
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

3ª Câmara de Direito Privado

Apelação nº 1013280-84.2022.8.26.0152

Comarca: Cotia

Apelante(s): Helena Barreto Pouza

Apelado(a)(s): Notre Dame Intermédica Saúde S/A

Voto nº 64.796rcs

APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. AUTISMO.

Sentença de parcial procedência determinando a cobertura de tratamento multidisciplinar pelo método ABA. Insurgência da autora. Acolhimento parcial. Autora diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (CID-10 F84). Existência de prescrição médica. Terapias que são de cobertura obrigatória, nos termos dos Enunciados nº 39 e 39.2 desta Câmara. Operadora, no entanto, que não está obrigada a custear fisioterapia motora pelos métodos Therasuit, Peditasuit e Bobath, além da fisioterapia aquática (hidroterapia), por não demonstrada evidência científica (Enunciados nº 39.1 e 39.3 desta Câmara). Precedente. Limitação de reembolso e rede credenciada. Possibilidade de indicação de clínica em município limítrofe, desde que respeitada a distância máxima de 10km, ressalvada a especificidade da região de abrangência do plano, que deve ser devidamente comprovada (Enunciado 39.4 desta Câmara). Não sendo fornecido o tratamento prescrito em rede credenciada, a operadora arcará com os custos diretamente na rede particular ou mediante reembolso integral. Precedente. Sessões de fisioterapia, fonoterapia e terapia ocupacional realizadas em rede particular, diante da insuficiência da rede credenciada devidamente comprovada nos autos. Reembolso que, portanto, deve ser integral, e não limitado. Danos Morais. Não ocorrência. O mero descumprimento contratual não enseja o pagamento de indenização, conforme precedentes do C. STJ. Ausência de urgência/emergência e de demonstração de agravamento do quadro de saúde da paciente. Sentença parcialmente reformada.

APELO PROVIDO EM PARTE.

1. Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 498/506, de relatório adotado, que, em sede de ação de obrigação de fazer c/c indenizatória, julgou parcialmente procedente a demanda para *“condenar a parte ré a cumprir a obrigação de fazer consistente em custear integralmente o atendimento com equipe multidisciplinar, segundo a metodologia ABA (Applied Behavior Analyses), por tempo indeterminado, incluindo a intervenção integrada de profissionais das áreas médica, de psicologia, nutricionista, fonoaudiologia e terapia ocupacional, a serem implementados, em conformidade com a perícia médica, com carga horária de 20 horas semanais, além de seguimento mensal com médica neurologista responsável pela condução terapêutica do transtorno de espectro autista e trimestral com o pediatra e otorrinolaringologista, por profissionais integrantes da rede referenciada, desde que estejam capacitados e apresentem certificação fornecida por órgãos dotados de reconhecida experiência e prestígio nessa área do conhecimento para atuação segundo a mencionada metodologia ABA, e preferencialmente em local próximo ao domicílio do*

beneficiário, ou providencie o reembolso integral dos valores despendidos, na forma e limites previstos no contrato em caso de livre escolha da parte autora, ou de forma integral e ilimitada na hipótese de não possuir profissionais com tais características na mencionada rede”.

Apelo da autora às fls. 520/535, sustentando, em breve síntese, que a r. sentença *“foi silente quanto ao acompanhamento fisioterapêutico (Fisioterapia Motora – 2 sessões semanais) e quanto a manutenção do vínculo terapêutico com os profissionais assistentes que já acompanham a Apelante há tantos anos”*. Ainda, ressalta o dever de reembolso da diferença de valores das sessões realizadas até o momento, diante da inexistência de rede credenciada apta e/ou vagas. Por fim, destaca a ocorrência de danos morais.

Contrarrazões (fls. 540/558).

Parecer da douta Procuradoria pelo parcial provimento do recurso (fls. 567/572).

Não houve objeção ao julgamento virtual.

É o relatório.

2. O recurso comporta parcial provimento.

Com efeito.

A apelante é beneficiária de plano de saúde administrado pela apelada e possui diagnóstico de

Transtorno do Espectro Autista (CID-10 F84), sendo-lhe prescrito tratamento terapêutico (fls. 44/55).

No caso, cumpre à operadora observar a indicação médica. Negar ou restringir os referidos tratamentos, sob justificativa de ausência de previsão contratual ou no rol da ANS, ou mesmo em razão da falta de eficácia, fulminaria a própria natureza do contrato de prestação de saúde, colocando em risco o objeto da contratação.

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. Ademais, as Resoluções da ANS têm cunho administrativo e não podem servir de justificativa para exclusão/restrição de tratamento devidamente prescrito ao paciente.

Deve ser observado, sem maiores delongas, o teor dos Enunciados nº 39 e 39.2 desta Câmara: ***“É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que afaste ou limite a cobertura obrigatória de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, psicopedagogia, musicoterapia e equoterapia, em número ilimitado de sessões, para o tratamento de beneficiários com transtorno do espectro autista e outros***

transtornos globais do desenvolvimento”.

“É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que afaste ou limite a cobertura obrigatória para o tratamento de beneficiários com transtorno do espectro autista e outros transtornos globais do desenvolvimento pelos métodos ABA, PECS, TEACHH e PROMPT”.

Por outro lado, como já apontado em recurso de agravo anterior (fls. 376/382 e 487), por não demonstrada evidência científica, o plano de saúde não está obrigado a custear fisioterapia motora pelos métodos Therasuit, Pediasuit e Bobath, nos termos do Enunciado nº 39.3 desta Câmara: ***“Por não demonstrada evidência científica, o plano de saúde não está obrigado a custear as terapias conhecidas como Therasuit, Pediasuit, Bobath, Ayres e Treini”.***

Confira-se, ainda, a decisão proferida pelo C. Superior Tribunal de Justiça sobre o tema: ***“a Nota Técnica n. 9.666, elaborada pelo NAT-JUS NACIONAL, em 7/8/2020, disponível no banco de dados E-natjus do CNJ, contém conclusão desfavorável ao custeio da terapia de alto custo TheraSuit, pelos seguintes fundamentos: a) “foi verificada a escassez de estudos robustos acerca do tema, destacando uma revisão sistemática com***

metanálise que evidenciou que o referido efeito do protocolo com o Método Therasuit foi limitado e heterogêneo"; b) "o Conselho Federal de Medicina, em seu PARECER CFM Nº 14/2018, publicado em maio de 2018 concluiu que as terapias propostas (TheraSuit e PediaSuit) ainda carecem de evidência científica que lhes deem respaldo e devem ser entendidas apenas como intervenções experimentais" (AgInt no REsp n. 1.931.919/SP, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 25/10/2021, DJe de 28/10/2021, grifou-se).

Na mesma linha, segue precedente desta Câmara:
"PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. MÉTODOS ESPECÍFICOS (THERASUIT, BOBATH). Tratamentos para Síndrome de Angelman. Insurgência da ré contra sentença de procedência. Reforma. Taxatividade, em regra, do rol de procedimentos e eventos mínimos em saúde da ANS. Tese firmada em sede de EREsp 1.886.929/SP. Cobertura excepcional somente na inexistência de substituto terapêutico eficaz já coberto pelo plano e de que haja comprovação médica da eficácia, recomendada por órgãos técnicos. Parecer, todavia, desfavorável pelo NAT-Jus. Ausência de estudos demonstrando superioridade em comparação com as

terapias convencionais. Cobertura afastada. RECURSO

PROVIDO” (TJSP; Apelação Cível

1000299-29.2022.8.26.0538; Relator (a): Carlos Alberto de Salles; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santa Cruz das Palmeiras - Vara Única; Data do Julgamento: 28/05/2024; Data de Registro: 28/05/2024, grifou-se).

Da mesma forma, o plano de saúde também não está obrigado a fornecer fisioterapia aquática (hidroterapia), consoante Enunciado nº 39.1 desta Câmara: ***“Por não demonstrada evidência científica, o plano de saúde não está obrigado a custear educador físico, acompanhante/auxiliar/apoio educacional, hidroterapia, psicomotricidade aquática, pet-terapia e arteterapia, ainda que indicados para o tratamento de beneficiários com transtorno do espectro autista e outros transtornos globais do desenvolvimento”.***

Vale dizer, conquanto a RN 539/2022 da ANS estabeleça que ***“Para a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico***

assistente para tratar a doença ou agravo do paciente", tal regra não é aplicável a tratamentos médicos ou terapêuticos sem eficácia comprovada, consoante o disposto no artigo 10, I, da Lei 9.656/1998.

No que tange à rede de atendimento, nos termos do Enunciado 39.4 desta Câmara, o plano de saúde deve indicar clínica apta, próxima à residência da autora, a fim de viabilizar a continuidade do tratamento multidisciplinar da menor, respeitada a distância máxima de 10km: ***“É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que afaste ou limite a cobertura obrigatória de terapias para o tratamento de beneficiários com transtorno do espectro autista e outros transtornos globais do desenvolvimento em clínicas e estabelecimentos médicos situados no município do paciente ou em municípios limítrofes, desde que, em quaisquer dos casos, seja observada a distância máxima de 10 quilômetros, ressalvada especificidade da região de abrangência do plano, devidamente comprovada”***.

Quanto à forma de custeio/reembolso, não sendo fornecido o tratamento prescrito em rede credenciada, a ré deverá arcar com os custos diretamente na rede particular ou mediante reembolso integral, salvo se a autora escolher continuar o tratamento fora da rede credenciada, mesmo

com o tratamento disponibilizado na rede apta, hipótese em que o reembolso deverá ser efetuado de acordo com o valor previsto em contrato.

Nesse sentido, é a jurisprudência pacífica desta Câmara: ***“AGRAVO DE INSTRUMENTO. TUTELA DE URGÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Paciente menor de idade, portador de transtorno do espectro autista (...) Alegação, ademais, de que a decisão agravada não contemplou a hipótese de ausência de prestadores credenciados ao tratamento prescrito no laudo médico. Insurgência que prospera neste capítulo. Não sendo fornecido o tratamento prescrito nos moldes da decisão agravada em rede credenciada, a ré deverá ser obrigada a arcar com os custos diretamente na rede particular ou mediante reembolso integral. Precedentes. Decisão parcialmente reformada. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO”*** (TJSP; Agravo de Instrumento 2270810-16.2022.8.26.0000; Relator (a): Viviani Nicolau; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 10ª Vara Cível; Data do Julgamento: 13/02/2023; Data de Registro: 13/02/2023, grifou-se).

No mais, o alegado "vínculo terapêutico", por si só, não é o bastante para o afastamento da utilização da rede credenciada, conforme pretendido pela autora.

Inclusive, a douta PGJ emitiu parecer contrário a tal pedido, destacando que ***“não tem a autora o direito de manutenção do vínculo terapêutico com os profissionais assistentes no caso de existir rede credenciada apta ao seu atendimento. A situação de escolha de profissionais particulares fora da rede credenciada do plano de saúde é medida excepcional que decorreria da completa ausência de tratamento da doença prevista no contrato celebrado entre as partes”***.

No entanto, quanto às sessões de fisioterapia, fonoterapia e terapia ocupacional, comprovou a parte autora às fls. 56/61 buscas sem sucesso por uma clínica apta a fornecê-las, demonstrando, à época, a insuficiência da rede credenciada da ré, a qual, por sua vez, sequer indicou qualquer estabelecimento na contestação apresentada.

Assim, cabível o reembolso integral dos valores já pagos com as sessões de fisioterapia (convencional), fonoterapia e terapia ocupacional, a ser apurado em sede de cumprimento de sentença, com atualização pela Tabela do TJSP a partir da data do desembolso e acrescido de juros de mora de 1% ao mês a contar da citação.

Quanto aos danos morais, o C. STJ assim já decidiu: ***“A orientação adotada pela jurisprudência desta Corte é a de ser possível, em determinadas situações***

fáticas, afastar a presunção de dano moral na hipótese em que a recusa de cobertura pelo plano de saúde decorrer de dúvida razoável na interpretação do contrato, por não configurar conduta ilícita capaz de ensejar o dever de compensação (STJ; REsp 1886178 / SP; Relatora: Ministra Nancy Andrigui; Órgão Julgador: Terceira Turma; DJe de 29/11/2021, sem grifos no original).

“A negativa administrativa ilegítima de cobertura para tratamento médico por parte da operadora de saúde só enseja danos morais na hipótese de agravamento da condição de dor, abalo psicológico e demais prejuízos à saúde já fragilizada do paciente” (AgInt no REsp 2.058.088/SP, Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, julgado em 22/5/2023, DJe de 24/5/2023 e AgInt no AREsp 2352306 / BA; Relator: Ministro Raul Araújo; Órgão Julgador: Quarta Turma; DJe de 23/11/2023 – sem grifos no original).

“A jurisprudência desta Corte é no sentido de que o mero descumprimento contratual não enseja indenização por dano moral. No entanto, nas hipóteses em que há recusa de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento de urgência ou emergência, segundo entendimento jurisprudencial

desta Corte, há configuração de danos morais indenizáveis" (1) STJ; AgInt no REsp 1.838.679/SP, Relator: Ministro Raul Araújo, Órgão Julgador: Quarta Turma; DJe de 25/03/2020 e recentemente: **2)** AgInt no AREsp 2469552 / SP; Relator: Ministro Raul Araújo, Órgão Julgador: Quarta Turma; DJe de 22/03/2024 e; **3)** AgInt no AREsp 2297670 / AL; Relator: Ministro Antonio Carlos Ferreira; Órgão Julgador: Quarta Turma; DJe de 21/03/2024, sem grifos nos originais).

O entendimento esposado pela Corte Superior justifica-se, posto que os danos morais devem estar relacionados à ofensa de algum dos atributos da personalidade daquele que se diz ofendido e, sendo instituto da responsabilidade civil, deve estar atrelado à prática de algum ato ilícito.

No caso em tela, tem-se que a recusa da operadora de plano de saúde está calcada na interpretação que faz do ordenamento jurídico e do contrato entabulado entre as partes. Trata-se de simples debate quanto ao limite das cláusulas contratuais, sendo certo que: *(i)* a recusa não ultrapassa o mero aborrecimento; *(ii)* não demonstrado que efetivamente tenha havido agravamento da saúde da paciente.

Outrossim, dos precedentes jurisprudenciais

supra, tem-se que os danos morais devem ser reconhecidos em situações de recusa de atendimentos de urgência e/ou emergência — o que não é a hipótese do caso em tela. Embora o quadro de saúde da parte autora seja delicado, não se enquadra nos conceitos de urgência e emergência previstos no artigo 35-C da Lei n. 9.656/1998.

Logo, realmente não era o caso de condenar a ré ao pagamento de indenização por danos morais.

3. Por todo o exposto, dá-se parcial provimento ao recurso a fim de determinar que a ré indique clínica apta ao tratamento da menor no raio de distância de até 10km da sua residência, custear/fornecer fisioterapia apenas pelo método convencional, além das terapias já determinadas na r. sentença, bem como o reembolso integral dos valores já pagos com as sessões de fisioterapia (convencional), fonoterapia e terapia ocupacional, do início do tratamento em 2022 até os dias atuais ou até a data que eventualmente tenha indicado clínica apta, a ser apurado em sede de cumprimento de sentença, com atualização pela Tabela do TJSP a partir da data do desembolso e acrescido de juros de mora de 1% ao mês a contar da citação. Sem majoração de honorários, na forma do Tema 1.059 do C. STJ.

Por corolário, ficam as partes advertidas, desde logo, que a oposição de embargos de declaração fora das

hipóteses legais e/ou com postulação meramente infringente lhes sujeitará a imposição da multa prevista no artigo 1.026, § 2º, do CPC. Considera-se, desde já, prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional.

APELO PROVIDO EM PARTE.

Donegá Morandini
Relator