



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Registro: 2025.0000425026**

**ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1000935-78.2024.8.26.0132, da Comarca de Catanduva, em que são apelantes/apelados BEATRIZ RANZANI MENDONÇA (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e DANITHIELE BRAGA RANZANI (REPRESENTANDO MENOR(ES)), é apelado/apelante ASSOCIAÇÃO PADRE ALBINO SAÚDE.

**ACORDAM**, em sessão permanente e virtual da 8ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **deram provimento ao recurso da parte ré e negaram provimento ao recurso da autora. V.U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores SALLES ROSSI (Presidente) E BENEDITO ANTONIO OKUNO.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

**CLARA MARIA ARAÚJO XAVIER**

**Relator(a)**

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1000935-78.2024.8.26.0132

Apelantes/Apelados: B.R.M., menor representada por sua genitora D.B.R.M. e  
Associação Padre Albino Saúde

Comarca: Catanduva

**VOTO Nº 21.570**

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. TEA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. ABA. Autora diagnosticada com transtorno do espectro autista (TEA). Tratamento multidisciplinar. Sentença de parcial procedência, para o fim de compelir a ré a fornecer à parte autora o tratamento em clínica particular, devendo ser respeitada a coparticipação de 30%. Condenação, ainda, da requerida, ao reembolso parcial dos valores despendidos pela autora na referida clínica. Inconformismo de ambas as partes. Ausência de quaisquer elementos a comprovar que a ré não teria disponibilizado, por meio de sua rede credenciada, horário para as sessões de tratamento prescritas à menor, tampouco falta de formação de seus profissionais pelo método ABA, o que restou rechaçado de forma contundente pelos inúmeros documentos e certificados apresentados pela ré. Impossibilidade de compelir a ré a fornecer à parte autora o tratamento na clínica particular na qual ela já vinha se tratando, nem mesmo com a coparticipação de 30%. Contrato entabulado entre as partes que possui regras claras acerca da incidência do reembolso apenas na hipótese de impossibilidade de utilização dos serviços credenciados, pelos beneficiários, nos casos de urgência e emergência ou de impossibilidade de utilização da rede credenciada, circunstâncias que não se amoldam ao caso. Observância das exigências mínimas para fins de reembolso, a teor do artigo 12, inciso VI da Lei 9.656/98. Sentença reformada. RECURSO DA RÉ PROVIDO, para julgar os pedidos deduzidos improcedentes. RECURSO DA AUTORA DESPROVIDO.

Vistos.

Trata-se de recursos de apelação (fls. 608/623 e 630/646) interpostos por B.R.M., menor representada por sua genitora e por Associação Padre Albino Saúde em face da r. sentença de fls. 589/594 que,

nos autos de ação de obrigação de fazer, julgou parcialmente procedentes os pedidos *“para tornar definitiva a tutela provisória outrora deferida, no sentido de compelir a ré a fornecer à parte autora o tratamento na clínica multidisciplinar em que já vem se tratando, devendo ser respeitada a coparticipação de 30% prevista no contrato, bem como para condenar a requerida ao reembolso parcial dos valores despendidos pela autora na referida clínica, devendo ser descontada a coparticipação de 30% devida pela beneficiária, conforme disciplinado em contrato, e acrescidos a correção monetária, contada desde cada desembolso, e os juros de mora, a partir da citação. Fica rejeitado o pedido de indenização por dano moral. Ante a sucumbência recíproca, cada parte arcará com a metade das custas e despesas processuais. A requerida arcará com os honorários do patrono da autora, fixados em 20% do valor da condenação. A autora arcará com os honorários advocatícios do patrono da requerida, fixados em 10% do valor dos pedidos não acolhidos, observando-se, todavia, que esta é beneficiária da justiça gratuita.”*

A parte autora apela, sustentando o equívoco da r. sentença. Argumenta que, de acordo com a Resolução Consu 8/1998, a cobrança de coparticipação é permitida apenas diante de casos nos quais a sua incidência não gere ao beneficiário fator restritivo severo de acesso aos serviços, o que, a seu ver, não é o caso dos autos. Refere que, diante da característica contínua do tratamento multidisciplinar prescrito, evidenciada a conclusão no sentido de que a coparticipação gera fator restritor para a execução do tratamento, ela deve ser afastada. Afirma que a descontinuidade do tratamento impõe sérios riscos de irreversibilidade no quadro clínico da menor. Por fim, defende a condenação da ré ao pagamento dos danos morais indenizáveis.

A requerida também apela. Argumenta que a autora optou por realizar os tratamentos prescritos em clínica particular especialmente

pelo fato de a menor “já ter construído laços com a fonoaudióloga que atualmente segue no tratamento”, não havendo nos autos prova no sentido de que haveria “lista de espera de meses” para as sessões com a fonoaudióloga credenciada ao plano. Pontua que a autora, na pessoa de sua genitora, não compareceu antes do ajuizamento da ação junto à operadora para solicitar e/ou retirar guia de atendimento em relação às terapias solicitadas, sendo certo, ainda, que o relatório médico acostado às fls. 105/108, embora aponte relevância, em nenhum momento faz qualquer indicação de que as terapias indicadas deveriam ser obrigatoriamente realizadas em um único local, não trazendo qualquer especificidade extra.

Prossegue, afirmando que a autora poderia ter procurado a operadora, mas optou, por iniciativa própria, a iniciar o tratamento de forma particular na Clínica “Evoluir For Kids” sem que isso representasse qualquer falta ou mesmo inexistência/insuficiência de prestadores credenciados. Defende que não há previsão contratual e/ou determinação legal de que a cobertura deva se dar em um único local, e que a garantia de cobertura assistencial outorgada pela operadora-ré se dá exclusivamente na rede credenciada mas não necessariamente alocado/estabelecido em um único local. Argumenta que todo reembolso, quando devido, deve ser realizado de acordo com as regras contratuais e legais, que apenas permite o reembolso em emergência e urgência, nos termos da cláusula 13.1 do contrato firmado entre as partes ou na impossibilidade de utilização da rede credenciada. Na eventualidade, defende que o reembolso deve seguir o valor da tabela da operadora, ou seja, nos limites do contrato. Subsidiariamente, pleiteia sejam os reembolsos limitados aos valores despendidos pela parte autora apenas em relação ao período posterior a 11.01.2024, por ser esta a data do único relatório médico.

Contrarrazões ofertadas às fls. 653/680 e 683/691.

A Douta Procuradoria Geral de Justiça manifestou-se

pelo parcial provimento da autora e desprovimento do recurso da ré (fls. 699/705).

Não houve oposição ao julgamento virtual.

**Passo ao relatório, nos termos do quanto exposto pelo julgador a quo, sucintamente, às fls. 589/590:**

“Vistos.

Narra-se que a autora, menor de idade, foi diagnosticada com transtorno do espectro autista pela médica que a acompanha, sendo-lhe recomendado o acompanhamento por equipe multidisciplinar, envolvendo psicoterapia em ABA, psicopedagoga, terapia ocupacional com integração sensorial e fonoaudióloga. Ao procurar a operadora ré, a genitora da autora foi informada de que a ré não possui qualquer clínica multidisciplinar credenciada, oferecendo tais serviços separadamente. Os atendimentos de terapia ocupacional vêm sendo realizados junto a profissional credenciado ao plano réu. No entanto, alega-se que há grande lista de espera para o atendimento com as fonoaudiólogas credenciadas, sendo que, devido à demanda, as sessões são feitas em grupos de 5 a 7 crianças. Acrescenta que houve dificuldade de agendamento de horário para o atendimento de psicoterapia, pois a profissional mora e atende em cidade vizinha. Por isso, vem arcando com o tratamento com fonoaudióloga e psicoterapeuta. Requer que a operadora ré forneça todo o tratamento com a mesma equipe multidisciplinar com a qual já vem se tratando - devido à relação de confiança já estabelecida entre a infante e as profissionais -, arcando com todos os custos e reembolsando os valores já despendidos, que perfazem R\$ 4.370,00, e preste indenização por dano moral, no valor de R\$ 15.000,00.

A autora foi intimada para comprovar a solicitação do tratamento à operadora de plano de saúde ré, assim como a resposta à solicitação, o que foi devidamente atendido.

Foi concedido à autora o benefício da justiça gratuita e deferido o pedido de tutela de urgência, para determinar à parte ré o custeio do tratamento prescrito nos relatórios acostados às fls. 72 e 105/108, em clínica com equipe multidisciplinar.

A parte ré se manifestou, informando a tomada de providências para o cumprimento da decisão judicial, requerendo, no entanto, a sua reconsideração ou complementação, para pontuar a obrigação da parte autora em relação à coparticipação prevista no contrato.

O Juízo atendeu ao pedido da parte ré, complementando a decisão que deferiu a tutela de urgência, indicando que, no fornecimento do tratamento determinado, deverão ser observadas as regras contratuais relativas à coparticipação.

A parte autora opôs embargos de declaração, pugnando esclarecimento sobre a incidência da coparticipação, requerendo que ela fosse devida por terapia e não por sessões das terapias realizadas.

Deu-se vista à embargada para manifestação, seguindo-se a contestação, na qual a parte ré sustenta que apenas está obrigada a garantir cobertura assistencial em sua rede credenciada e que, de modo excepcional, cabe à operadora o encaminhamento do beneficiário para atendimento junto a profissional ou serviço não credenciado, em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador credenciado no município, o que afirma não se verificar nos autos. Acrescenta que não cabe ao beneficiário a livre escolha do prestador/local do atendimento, a menos que queira fazê-lo de forma particular, sem qualquer intervenção da operadora.

Em seguida, a parte ré se manifestou sobre os embargos de declaração, os quais restaram rejeitados.”

Ante o resultado do julgado e acolhimento parcial dos

pedidos deduzidos, ambas as partes manifestaram o seu inconformismo.

E com razão, ao menos no que toca à parte ré.

Inicialmente, há de se pontuar que a relação entre as partes é de consumo, aplicando-se ao caso não só a Lei nº 9.656/98, mas também o Código de Defesa do Consumidor, nos moldes dos enunciados da Súmula nº 100 deste E. Tribunal de Justiça e Súmula nº 608, do C. Superior Tribunal de Justiça.

As cláusulas contratuais, portanto, devem ser interpretadas em favor da parte hipossuficiente, visando o estabelecimento do equilíbrio contratual.

Por outro lado, a jurisprudência do Colendo Superior Tribunal de Justiça é firme no sentido de que o plano de saúde pode definir quais doenças serão cobertas, mas não a forma de tratamento, prevalecendo a prescrição médica. Consagrando tal entendimento, este E. Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 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”*.

No caso concreto, restou incontroverso, por meio da documentação médica carreada aos autos, que a menor é portadora de transtorno do espectro autista (TEA) e que lhe foi prescrito, por profissional médica qualificada, tratamento multidisciplinar, incluindo sessões de fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, psicopedagoga e psicóloga (vide fls. 80).

A questão posta nos autos, porém, não diz respeito à negativa de cobertura do tratamento por parte da ré, que possui rede credenciada, mas, antes, à efetiva disponibilização e aptidão dos seus profissionais, notadamente no que toca às sessões de fonoaudiologia e psicologia, as quais não teriam formação pelo método ABA. A parte autora

ainda sustenta indisponibilidade de horários das sessões junto à rede credenciada e, conseqüentemente, a obrigatoriedade de cobertura, pela ré, do tratamento em clínica multidisciplinar, na qual a menor já vinha realizando seu tratamento de forma particular.

Contudo, forçoso reconhecer que nada há nos autos a comprovar que a ré não teria disponibilizado, por meio de sua rede credenciada, horário para as sessões de tratamento prescritas a menor, tampouco falta de formação de seus profissionais pelo método ABA, o que restou rechaçado de forma contundente pelos inúmeros documentos e certificados acostados por ocasião da contestação (vide fls. 277/515).

Dito de outro modo, os elementos constantes dos autos atestam que, a bem da verdade, a autora já realizava parte do tratamento multidisciplinar em rede particular, pretendendo que o tratamento também se desse com a psicóloga da mesma equipe, tanto em razão da confiança já estabelecida entre ela e a profissional como pelo fato de que a clínica particular oferece o tratamento de forma multidisciplinar, sem necessidade de direcionamento da criança para clínicas distintas, o que seria um facilitador em relação à sua rotina, evitando-se, assim, desencadeamento de eventuais crises. É o que fica claro pela conversa de *Whats App* juntada às fls. 12/13 dos autos e mesmo pelo pedido assim formulado às fls. 28 da inicial:

“e) Uma vez deferido o pedido do item “d”, isto é, com a condenação da operadora de saúde ré em arcar integralmente com os custos do tratamento, requer que seja reconhecido o direito da menor em prosseguir com o tratamento com as mesmas profissionais atuantes em equipe multidisciplinar, diante da relação de confiabilidade já estabelecida e diante da dificuldade da menor em criar tais relações pela dificuldade de interação social típicas de seu espectro.”

A corroborar essa linha de raciocínio, vê-se que a



ação foi ajuizada sem um único documento capaz de comprovar a solicitação do tratamento à operadora de plano-ré, assim como de sua eventual resposta, motivo pelo qual o julgador *a quo* decidiu por determinar a juntada de tal documento, no prazo de 05 dias, o que foi feito às fls. 148/150. O pedido, porém, ao menos formal, foi formulado apenas naquela ocasião, tendo a operadora-ré ali informado que a cobertura contratual se daria junto ao prestador credenciado, por meio de profissionais com especialização em ABA (análise de comportamento aplicado).

Por outro lado, quanto à argumentação desenvolvida pela autora, no sentido de necessidade de atendimento em um único local, não se discute a conveniência da prestação do tratamento multidisciplinar nesses moldes. Contudo, tal qual consignado pelo e. Promotor de Justiça atuante no feito, a reunião de todos os profissionais numa mesma clínica não é regra contratual ou legal, apenas conveniência pessoal, inexistindo, ainda, *“comprovação que o atendimento por profissionais separados de outras clínicas possa prejudicar o tratamento”* (fls. 560).

Em sendo assim, respeitado o entendimento externado pelo julgador *a quo*, não há como compelir a ré a fornecer à parte autora o tratamento na clínica particular na qual ela já vinha se tratando, nem mesmo com a coparticipação de 30%, tampouco condená-la ao reembolso parcial dos valores até então despendidos pela autora na mesma clínica. O contrato entabulado entre as partes tem regras claras, em sua cláusula 13.1, acerca da incidência do reembolso apenas na hipótese de impossibilidade de utilização dos serviços credenciados, pelos beneficiários, nos casos de urgência e emergência ou de impossibilidade de utilização da rede credenciada, circunstâncias que não se amoldam ao caso.

Vale ressaltar, por oportuno, que o contrato firmado bem observou as **exigências mínimas** para fins de reembolso, a teor do artigo 12, inciso VI da Lei 9.656/98:

“Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

VI - **reembolso**, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, **em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras**, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada”

Desta feita, considerando que as condições do contrato de plano de saúde da autora não preveem reembolso para todo e qualquer caso, tampouco reembolso com 100% das despesas médicas e hospitalares realizadas fora de rede credenciada, tendo sido respeitada a exigência mínima para reembolso contida na Lei 9.656/98 e ausente, repise-se, impossibilidade de utilização da rede credenciada ou mesmo situação de urgência ou emergência, de rigor a reforma da r. sentença para o fim de julgar os pedidos deduzidos improcedentes, com a condenação da parte autora nas custas e despesas processuais, além dos honorários advocatícios, arbitrados em 13% (treze) por cento sobre o valor atualizado da causa, a teor do disposto no artigo 85, § 2º, incisos III e IV do CPC, observada a suspensão de sua exigibilidade, nos termos do artigo 98, §3º do CPC, ante a concessão da gratuidade à autora.

Daí porque, ante o exposto, pelo meu voto, nos termos



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

supra consignados, DOU provimento ao recurso da ré e NEGO provimento ao recurso da autora.

**Clara Maria Araújo Xavier**  
Relatora