



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000420714

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1037724-18.2023.8.26.0001, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes TATIANE AQUINO DOS SANTOS (REPRESENTANDO MENOR(ES)) e GUILHERME AQUINO MARCASSA (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)), são apelados UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A e CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 10ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento parcial ao recurso, nos termos que constarão do acórdão. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores JAIR DE SOUZA (Presidente) E ANGELA MORENO PACHECO DE REZENDE LOPES.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

JOSÉ APARÍCIO COELHO PRADO NETO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

APELAÇÃO Nº 1037724-18.2023.8.26.0001

APELANTE: GUILHERME AQUINO MARCASSA, menor representado por sua genitora TATIANE AQUINO DOS SANTOS

APELADA: UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A

JUIZ: ANDERSON SUZUKI

VOTO Nº 38.683

***APELAÇÃO** – Plano de Saúde – Ação de Obrigação de Fazer - Alegação de negativa do plano de saúde para cobertura de tratamento multidisciplinar, pelo método ABA, de que necessita o autor por ser portador de Transtorno do Espectro Autista – Sentença de improcedência – Inconformismo do autor – Acolhimento, em parte – Suficiente comprovação de que a ré-apelada, ao deixar de efetuar os reembolsos, negou a continuidade do tratamento multidisciplinar junto à clínica na qual iniciado o tratamento, e não se desincumbiu do ônus de comprovar ter disponibilizado atendimento equivalente em clínica integrante da rede credenciada - Responsabilidade da ré pelo custeio do tratamento médico do autor evidenciada, dela não sendo possível se isentar, tampouco limitar a quantidade de sessões, o qual deverá ocorrer em clínica particular, mediante pagamento direto ao prestador de serviços ou mediante reembolso integral, pois não comprovou ter disponibilizado o tratamento integral do autor junto à rede credenciada e em local próximo a sua residência – Entretanto, o custeio do tratamento multidisciplinar do autor deve se restringir ao ambiente clínico, sendo descabido o pleito de cobertura de acompanhamento em ambiente escolar ou domiciliar, na medida em que extrapolam os limites contratuais de cobertura do plano de saúde – Recurso parcialmente provido.*

Vistos.

Trata-se de Apelação interposta contra sentença proferida pelo MM Juiz da 3ª Vara Cível do Foro Regional de Santana, da Comarca da Capital, em Ação de Obrigação de Fazer, proposta por GUILHERME AQUINO MARCASSA, menor representado por sua genitora TATIANE AQUINO DOS SANTO, contra UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, que julgou a ação improcedente,

revogando a liminar concedida. Em razão da sucumbência, o autor foi condenado no pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, fixados em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa.

Apela o autor, alegando, basicamente, que incumbe à ré efetuar o reembolso integral dos valores desembolsados com tratamento multidisciplinar prescrito, pois inexistente, na rede credenciada, clínica apta a prestar o atendimento nos moldes prescritos pelo médico assistente. Prossegue aduzindo que a indicação de clínica inapta a oferecer o tratamento adequado equivale a negativa de tratamento, devendo a ação ser julgada procedente para compelir a ré a efetuar o reembolso das despesas oriundas do tratamento efetuado na clínica na qual seu tratamento foi iniciado. Aduz, por fim, que são nulas as cláusulas contratuais que estabelecem limitação de sessões e de reembolso das despesas com tratamento realizado fora da rede credenciada, tendo em vista a ausência de profissionais especializados credenciados.

Recurso tempestivo, isento de preparo e contrarrazoado.

A Procuradoria Geral de Justiça opinou pelo parcial provimento do recurso.

É o breve relatório do necessário.

O recurso merece parcial provimento.

Cuida-se de ação de obrigação de fazer através da qual o autor objetiva a condenação da ré a autorizar e custear o tratamento multidisciplinar pelo método ABA que lhe foi prescrito, por ser portador de Transtorno do Espectro Autista.

Citada, a ré contestou a ação alegando, basicamente, que não houve negativa de atendimento e que possui rede credenciada apta a fornecer o tratamento adequado ao autor, desde que observados os limites de sessões e as diretrizes de utilização estabelecidas pelo rol da ANS.

Sobreveio a sentença que julgou a ação improcedente, sob o fundamento de inexistência de negativa expressa de cobertura do tratamento.

E, respeitado o entendimento esposado pelo MM Juiz “a quo”, assiste razão o apelante.

Nesse sentido, importa ressaltar ser fato incontroverso nos autos que o autor se encontra em tratamento multidisciplinar junto à “Clínica Diálogo e Compreensão”, na qual iniciado o tratamento e então custeado pela ré-apelada através de reembolso integral.

E ao contrário do entendimento esposado pelo MM. Juiz “a quo”, restou suficientemente comprovado que a ré-apelada, ao deixar de efetuar os reembolsos, negou a continuidade do tratamento multidisciplinar junto à clínica referida, e não se desincumbiu do ônus de comprovar ter disponibilizado atendimento equivalente em clínica integrante da rede credenciada.

Com efeito, considerando que o contrato de plano de assistência médica e hospitalar celebrado entre as partes envolve típica relação de consumo, “ex vi” do que preceituam os artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor, é certo que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de modo mais favorável ao consumidor, a teor do que preceitua o artigo 47 do epígrafado Codex, sendo certo que a conduta da ré configura a hipótese prevista em

seu artigo 51, inciso IV, eis que incompatível com a natureza do contrato.

O que se evidencia nos autos, lamentavelmente, é que a empresa ré, ao deixar de indicar clínica apta a oferecer o tratamento prescrito ao autor, e também a se negar a efetuar reembolsos integrais, tenta se esquivar da obrigação contratualmente assumida, no que frustra expectativa legítima dos usuários do plano de saúde, e enseja a condenação da empresa ré ao restabelecimento da rede credenciada, notadamente para manutenção da clínica em que o autor-apelado realiza seu tratamento médico, nos exatos moldes estabelecidos na sentença recorrida.

“Mutatis mutandis”, colhem-se os seguintes precedentes desse Egrégio Tribunal de Justiça:

“PLANO DE SAÚDE – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – Demanda que se insurge quanto ao desc credenciamento de hospitais e laboratórios, feito pela operadora – Procedência decretada – Inconformismo – Alegação da inexistência de desc credenciamento, mas 'redimensionamento' da rede credenciada – Inadmissibilidade - Embora inicialmente admitida tal argumentação, por esta Turma Julgadora, em sede de agravo de instrumento, o processamento da ação principal tornou imperiosa a mudança daquele entendimento – Além da inobservância ao disposto no artigo 17, § 1º, da Lei 9.656/98, houve significativa redução de cobertura – Desc credenciamento de hospitais e laboratórios sem a comprovação de substituição por

prestadores equivalentes, em notória afronta à consumidora, além de evidente situação de desequilíbrio contratual (até mesmo porque redução da mensalidade, obviamente, não houve) – Autora que, ademais, é portadora de grave enfermidade (sarcoïdose pulmonar) e recorrentemente era submetida a exames eletivos junto aos hospitais indicados e que foram descredenciados para tal finalidade - Precedentes deste E. Tribunal envolvendo ações idênticas – Sentença mantida – Recurso improvido. (TJSP; Apelação Cível 1004359-40.2023.8.26.0011; Relator (a): Salles Rossi; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XI - Pinheiros - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 04/10/2023; Data de Registro: 05/10/2023)

OBRIGAÇÃO DE FAZER – Plano de assistência à saúde – Alegação de que houve o descredenciamento de hospitais e laboratórios da rede referenciada da operadora ré, sem o cumprimento dos requisitos previstos no art. 17, da Lei nº 9.656/98 – Procedência – Insurgência da requerida – Afirmação de que não houve descredenciamento, mas apenas redimensionamento de sua rede – Descabimento – Possibilidade de alteração da rede conveniada, desde que o prestador descredenciado

seja substituído por outro equivalente e que o consumidor e a ANS sejam comunicados com antecedência de 30 dias – Inteligência do art. 17, § 1º, da Lei 9.656/98 – Requisitos não observados no caso – Comprovação de que os autores já realizavam acompanhamento nas unidades médicas e laboratoriais que tiveram a prestação de serviço excluída pela ré – Decisão mantida – RECURSO DESPROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1017198-34.2022.8.26.0011; Relator (a): Miguel Brandi; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XI - Pinheiros - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 20/09/2023; Data de Registro: 21/09/2023)

PLANO DE SAÚDE. Descredenciamento irregular de hospital da rede da ré para realização de exame ambulatorial. Absolutamente irrelevante o nome que a seguradora dê à reestruturação de sua rede de atendimento credenciada e referenciada. Fato é que houve o descredenciamento – ou exclusão – de dezenas de médicos, clínicas laboratórios e hospitais. Comportamento da seguradora recorrente viola o disposto no art. 17 da L. 9656/98. Não pode a seguradora dar designação própria a determinado comportamento vedado por norma cogente, para com isso criar uma nova

categoria jurídica em próprio benefício e em prejuízo dos consumidores. Seguradora não faz prova segura de que os novos locais de atendimento realmente possuem equivalência. Insuficiente a afirmação singela de que possuem capilaridade e são instituições amplamente conhecidas do público em geral. Ausência de prova segura de que solicitou à ANS autorização expressa para as modificações na sua rede credenciada. Inexistência de prova de que o descredenciamento foi prévia e regularmente comunicado aos consumidores ou à ANS, nos termos do art. 17 da Lei nº 9.656/98. Reembolso devido. Ação procedente. Sentença mantida. Recurso não provido. (TJSP; Apelação Cível

1000849-19.2023.8.26.0011; Relator (a): Francisco Loureiro;
Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XI - Pinheiros - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 04/07/2023; Data de Registro: 05/07/2023)

Inquestionável, portanto, a responsabilidade da ré pelo custeio do tratamento médico do autor, dela não sendo possível se isentar, tampouco limitar a quantidade de sessões, o qual deverá ocorrer em clínica particular, mediante pagamento direto ao prestador de serviços ou mediante reembolso integral, pois não comprovou ter disponibilizado o tratamento integral do autor junto à rede credenciada e em local próximo a sua residência, sob pena de inviabilizar o próprio objeto do ajuste.

Nesse sentido, têm-se os seguintes julgados desta Colenda 10ª Câmara de Direito Privado:

“PLANO DE SAÚDE - Ausência de disponibilização de tratamento multidisciplinar nas condições prescritas - Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista - Tendo em vista que a doença possui cobertura contratual, é obrigação da ré garantir o respectivo tratamento através das abordagens indicadas - Não demonstrou a ré que há no rol da ANS alternativa igualmente eficaz, a tornar abusiva a recusa de custeio dos métodos ABA e Denver, prescritos pela médica que acompanha de perto o quadro da autora - Abusiva também a restrição da quantidade de sessões - Enquanto não existir rede credenciada apta a prestar o tratamento nas exatas condições prescritas, sem limite de sessões, caberá à ré o custeio integral das despesas em prestador não credenciado escolhido pela autora - Ante a ausência de pedido expresso pelo reembolso de valores já gastos, de rigor o afastamento da condenação da ré neste sentido - DOS RECURSOS, PROVIDO O DA AUTORA E PARCIALMENTE PROVIDO O DA RÉ. (TJSP; Apelação Cível 1105879-72.2020.8.26.0100; Relator (a): Elcio Trujillo; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 38ª Vara Cível; Data do Julgamento: 11/02/2022;

Data de Registro: 11/02/2022)

“PLANO DE SAÚDE. PRELIMINAR AFASTADA. CRIANÇA DIAGNOSTICADA COM AUTISMO. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. NEGATIVA DE COBERTURA. LIMITAÇÃO AO NÚMERO DE SESSÕES DE TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES. ILEGALIDADE. Plano de saúde. Criança diagnosticada com autismo. Terapias multidisciplinares. Necessidade, inclusive da Musicoterapia. Limitação contratual à quantidade de sessões. Ilegalidade. Incidência da Lei nº 12.764/2012 que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com transtorno do espectro autista. Incidência, também, da Lei nº 9.656/98, do CDC e do Estatuto da Criança e Adolescente. Súmulas, dessa E. Corte e do C. STJ. Ademais, a alegação de não constar o tratamento nos róis da ANS é irrelevante, porquanto tais róis não podem suplantam a lei, mas apenas torná-la exequível. Reembolso que somente será integral na ausência de prestadores credenciados/referenciados, caso em que a falta dos serviços não pode implicar como opção do segurado. Sentença parcialmente reformada. Recurso da ré não provido e parcialmente provido o apelo do autor. (TJSP; Apelação Cível 1027970-17.2021.8.26.0100;

Relator (a): J.B. Paula Lima; Órgão Julgador: 10ª Câmara de
Direito Privado; Foro Central Cível - 30ª Vara Cível; Data do
Julgamento: 21/01/2022; Data de Registro: 21/01/2022)

“Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer com pedido de tutela provisória de urgência e evidência cumulada com indenização por danos morais. Autor portador de transtorno do espectro autista. Negativa de cobertura de tratamentos (metodologia ABA) prescritos por médico que acompanha o paciente, pelo fato de não constarem no rol da ANS. Abusividade se há expressa indicação médica. Compete ao plano estabelecer quais doenças são cobertas, mas não o tipo de tratamento que o paciente deve ser submetido. Aplicação das súmulas 96 e 102 deste TJSP. Necessidade do paciente incontroversa. Afronta à regra do artigo 51, IV e § 1º, II, do CDC. Cobertura devida. Exclusão contratual que contraria a própria função social do contrato de plano de saúde. Reembolso das despesas realizadas era medida que se impunha em razão da negativa. Indenização por dano moral devida. Quantum fixado com razoabilidade. Sentença mantida. Recurso desprovido”. (Apelação Cível 1008670-41.2021.8.26.0562; Relator (a): Coelho Mendes; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro de

Santos - 10ª Vara Cível; Data do Julgamento: 10/01/2022;

Data de Registro: 10/01/2022)

Há que se ressaltar, por fim, que a condenação de custeio do tratamento multidisciplinar do autor se restringe ao ambiente clínico, sendo descabido o pleito de cobertura de acompanhamento em ambiente escolar ou domiciliar, na medida em que extrapolam os limites contratuais de cobertura do plano de saúde, restritos ao ambiente clínico, excetuadas apenas as hipóteses de imprescindibilidade de tratamento na modalidade “home care”, o que não é o caso dos autos.

Quanto aos danos morais, não há como se ignorar que o autor, portador de sérias limitações, passou por situação traumática e desgastante, que fugiu da esfera do mero aborrecimento, quando teve negado o custeio do tratamento essencial para evitar seu perecimento.

Como consequência, atentando-se, de um lado, para o grau de culpa da ré e sua possibilidade financeira, e de outro o sofrimento do autor, e levando-se em conta que os objetivos primordiais da verba em testilha são desestimular a conduta ilícita da primeira e trazer algum lenitivo ao último, em consonância com precedentes desta Câmara, impõe-se a condenação da ré ao pagamento de indenização por danos morais em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), acrescidos de correção monetária desde a data do presente arbitramento e acrescido de juros de mora desde a citação.

Pelo exposto, dou parcial provimento ao recurso para julgar parcialmente procedente a ação, condenando a ré no pagamento integral das custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 20% (vinte por



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

cento) sobre o valor da causa.

JOSÉ APARÍCIO COELHO PRADO NETO

Relator