



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000449597

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1015586-61.2022.8.26.0011, da Comarca de São Paulo, em que é apelante/apelado CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL, são apelados/apelantes RAFAEL SALSANO QUINTILIANO (MENOR) e LARISSA SALSANO DE ASSIS (REPRESENTANDO MENOR(ES)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma III (Direito Privado 1) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento aos recursos, com observação. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores IRINEU FAVA (Presidente sem voto), PAULO TOLEDO E PEDRO FERRONATO.

São Paulo, 8 de maio de 2025.

GILBERTO FRANCESCHINI

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação nº 1015586-61.2022.8.26.0011

Apelante/Apelado: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI

Apelado/Apelante: Rafael Salsano Quintiliano, menor, representado pela genitora Larissa Salsano de Assis

Origem: Comarca de São Paulo - Foro Regional XI – Pinheiros – 3ª Vara Cível

Juiz de Direito: Dr. Paulo Baccarat Filho

Voto nº 2494

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTO. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO DE AMBAS AS PARTES. RECURSOS DESPROVIDOS.

I. Caso em Exame

1. Recursos de apelação interpostos por ambas as partes contra sentença que julgou parcialmente procedente ação de obrigação de fazer c.c. pedido de tutela de urgência e indenização por danos morais, proposta por menor representado por sua genitora contra operadora de plano de saúde. A sentença condenou a ré ao pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios, além de tornar definitiva a medida liminar deferida.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em: (i) impossibilidade de custeio de tratamento fora da rede credenciada; (ii) aplicação dos limites contratuais ao reembolso por atendimentos fora da rede; (iii) ausência de previsão no rol da ANS para procedimentos educacionais e domiciliares; (iv) pedido de indenização por danos morais.

III. Razões de Decidir

3. A ausência de previsão no rol da ANS não justifica a negativa de cobertura quando o tratamento é prescrito por especialista, sendo abusiva a negativa com base nesse argumento.

4. Precedentes do Superior Tribunal de Justiça reconhecem a obrigatoriedade de cobertura do tratamento pelo método ABA.

5. A operadora deve custear integralmente o tratamento indicado, inclusive fora da rede credenciada, se não houver profissionais habilitados

na rede, conforme a Lei nº 14.454/2022 e a Resolução Normativa ANS nº 539/2022.

6. A obrigação de reembolso das despesas realizadas fora da rede credenciada deve perdurar enquanto inexistir profissional ou clínica apta na rede credenciada, respeitando a distância máxima de 10 quilômetros da residência do autor.

IV. Dispositivo e Tese

6. Recursos desprovidos.

Tese de julgamento: 1. O rol da ANS é exemplificativo e não pode justificar a negativa de cobertura de tratamento prescrito por médico. 2. A operadora de plano de saúde deve custear integralmente o tratamento indicado, inclusive fora da rede credenciada, com reembolso integral na ausência de profissionais especializados na rede. 3. O mero descumprimento de cláusula contratual controvertida não gera danos morais

Legislação Citada:

Lei nº 9.656/1998, art. 10, inciso VII, § 13.

Lei nº 14.454/2022.

Lei nº 13.830/2019.

Resolução Normativa nº 465/2021 da ANS, artigo 6º, § 4º.

Jurisprudência Citada:

TJSP, Agravo de Instrumento 2098875-97.2025.8.26.0000, Rel. Débora Brandão, 6ª Câmara de Direito Privado, j. 30/04/2025.

TJSP, Agravo de Instrumento 2122184-50.2025.8.26.0000, Rel. Hertha Helena de Oliveira, 2ª Câmara de Direito Privado, j. 30/04/2025.

STJ, AgInt no AREsp nº 2.083.773/MS, Rel. Min. Antonio Carlos Ferreira, j. 13/02/2023;

STJ, REsp nº 2.064.964/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, j. 20/2/2024;

Vistos.

Trata-se de recursos de apelação interposto por ambas as partes contra a r. sentença de fls. 377/380, cujo relatório se adota, que julgou parcialmente procedente os pedidos nos autos da ação de obrigação de fazer c.c. pedido de tutela de urgência e indenização por danos morais, proposta por **Rafael Salsano Quintiliano**, menor, representado por sua genitora **Larissa Salsano de**

Assis, em face de **Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI**, nos seguintes termos:

“Ante o exposto, MANTENHO o valor atribuído para a causa (págs. 36), JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE a ação condenatória que RAFAEL SALSANO QUINTILIANO moveu contra CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO BRASIL – CASSI. e, sem prejuízo da obrigação de a ré efetivar os pagamentos diretamente aos prestadores de serviço indicados pelo autor, torno definitiva a medida liminarmente deferida (págs. 84/85), e revista (págs. 352). Diante da mínima sucumbência do autor, condeno a ré no pagamento das despesas processuais e dos honorários que fixo em dez por cento (10%) do valor atualizado da causa (págs. 36), para guardar proporção com o trabalho produzido (CPC, art. 85, § 2º). Extingo a fase de conhecimento, nos termos do inc. I do art. 487 do Código de Processo Civil.”

A ré sustenta, em síntese: (i) a impossibilidade de custeio de tratamento multidisciplinar fora da rede credenciada, uma vez que possui prestadores habilitados; (ii) que, em caso de atendimento fora da rede, o reembolso deve observar os limites contratuais; e (iii) a ausência de previsão, no rol da ANS, para os procedimentos requeridos, notadamente os de natureza educacional e domiciliar, como musicoterapia, equoterapia, psicopedagogia em ambiente escolar e domiciliar, bem como a atuação de assistente terapêutico. Diante disso, requer a reforma da sentença para que sejam julgados improcedentes os pedidos iniciais.

Recurso tempestivo e preparado (fls. 483).

Contrarrazões apresentadas pelo autor (fls. 418/447).

Por sua vez, o autor, em seu recurso, pleiteia a condenação da ré ao pagamento de indenização por danos morais, no valor de R\$ 15.000,00, sustentando que a situação vivenciada ultrapassa o mero aborrecimento.

Recurso tempestivo e sem recolhimento de preparo em razão do pedido de gratuidade a ser analisado.

Contrarrazões apresentadas pelo plano réu (fls. 457/462).

A D. Procuradoria de Justiça manifestou-se pelo desprovimento de ambos os recursos (fls. 491/497).

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

Em apelação (fls. 449/450), pleiteia o autor a concessão da benesse da gratuidade processual.

À luz do preconizado no artigo 99, § 3º, do Código de Processo Civil, a alegação de insuficiência de recursos financeiros por pessoa natural goza de presunção de veracidade, sendo, em regra, bastante o mero pedido de gratuidade da justiça para seu deferimento.

Nesse ponto, convém destacar a dicção do artigo 99, § 6º, do Código de Processo Civil, segundo o qual *“O direito à gratuidade da justiça é pessoal, não se estendendo a litisconsorte ou a sucessor do beneficiário, salvo requerimento e deferimento expressos”*.

Nessa senda, o Egrégio Superior Tribunal de Justiça já firmou o entendimento de que, ante a notória incapacidade econômica do menor, o benefício da assistência judiciária gratuita deve ser, em um primeiro momento, concedido, ressaltando-se ao réu a oportunidade de comprovar, *a posteriori*, a ausência dos requisitos legais para a sua concessão.

Nesse sentido, confira-se a jurisprudência deste E. Tribunal:

*“DIREITO PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. JUSTIÇA GRATUITA. RECURSO PROVIDO. I. Caso em Exame. Agravo de instrumento interposto contra decisão que indeferiu a concessão de gratuidade judiciária à autora, **menor de idade e portadora do Transtorno do Espectro Autista, em ação de obrigação de fazer**, sob o argumento de que não houve comprovação de vulnerabilidade financeira. II. Questão em Discussão. 2. A questão em discussão consiste em determinar se a concessão da gratuidade de justiça à menor deve considerar a situação financeira do representante legal ou se deve ser presumida em razão da idade e condição pessoal da menor. III. Razões de Decidir. 3. A assistência judiciária integral e gratuita é garantida àqueles que comprovarem insuficiência de recursos, conforme o art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal. 4. O art. 99, §3º, do Código de Processo Civil presume verdadeira a alegação de insuficiência deduzida por pessoa natural, especialmente em se tratando de menores, cuja condição financeira deve ser avaliada de forma independente da de seus genitores. IV. **Dispositivo e Tese. 5. Recurso provido. Tese de julgamento: 1. O direito à gratuidade de justiça possui natureza personalíssima e deve ser avaliado sob o prisma do menor, independentemente da situação financeira dos genitores.**”* (TJSP; Agravo de Instrumento 2098875-97.2025.8.26.0000; Relator (a): Débora Brandão; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de

Guarujá - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/04/2025; Data de Registro: 06/05/2025) (grifos nossos).

“DIREITO PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. GRATUIDADE JUDICIÁRIA. RECURSO PROVIDO. I. Caso em Exame Agravo de instrumento interposto contra decisão que indeferiu o benefício da gratuidade judiciária ao autor, menor de idade, diagnosticado com transtorno do espectro autista, em ação de obrigação de fazer visando garantir atendimento de saúde por plano de saúde. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em determinar se a gratuidade judiciária deve ser concedida ao menor, considerando sua hipossuficiência, independentemente da capacidade financeira dos pais. III. Razões de Decidir 3. A Lei nº 1.060/50 e o artigo 98 do CPC/2015 consideram necessitado aquele cuja situação econômica não permite pagar custas sem prejuízo do sustento próprio ou familiar. 4. A hipossuficiência a ser considerada é a do menor, sendo o direito à gratuidade judiciária de natureza personalíssima, conforme entendimento do STJ. IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso provido. Tese de julgamento: 1. O direito ao benefício da justiça gratuita é personalíssimo e independe da situação financeira dos representantes legais. 2. A hipossuficiência do menor deve ser presumida, garantindo o acesso à justiça. Legislação Citada: Lei nº 1.060/50; CPC/2015, art. 98; CF/1988, art. 5º, LXXIV. Jurisprudência Citada: STJ, decisão recente sobre gratuidade judiciária para menores” (TJSP; Agravo de Instrumento 2122184-50.2025.8.26.0000; Relator (a): Hertha Helena de Oliveira; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Osasco - 6ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/04/2025; Data de Registro: 30/04/2025) (grifos nossos).

Dessa forma, defiro o benefício da gratuidade da justiça para fins recursais. **Anote-se.**

Passo ao mérito.

Indubitável a relação de consumo estabelecida entre as partes, sendo o autor titular do plano de saúde oferecido pela operadora ré, até porque não contrariado.

Consoante relatório médico juntado às fls. 62/63, o autor foi diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA), CID F84.0, apresentando dificuldades na interação e reciprocidade social, atraso na fala, seletividade alimentar e interesses restritos.

Ao realizar acompanhamento clínico com a Dra. Leticia Rasia de Mello Rodrigues – CRM 100628/SP, foi lhe indicado o tratamento com as seguintes terapias (fls. 62/63):

*“Solicito as seguintes terapias:
1-psicoterapia pelo método ABA;
2-fonoaudiologia supervisionada método ABA;
3-terapia ocupacional com integração sensorial supervisionada método ABA;
4-musicoterapia supervisionada ABA;
5-equoterapia (equitação lúdica, supervisionada método ABA);
6-psicologia supervisionada método ABA;
7-psicomotricidade supervisionada método ABA;
8-psicopedagogia supervisionada método ABA;
10-assistente terapêutica.*

Além da Terapia psicológica Comportamental (ABA), é necessária a realização de sessões de fonoaudiologia com o método PECS (Picture Exchange Communication System-sistema de trocas de figuras, próprios para os autistas que não são verbais) ou PROMPT(Prompts for Restructuring Oral muscular Phonetic Targets-Pistas para organização dos pontos fonéticos oro musculares) e de terapia ocupacional para a integração social.”

Dessa forma, o autor requereu que a ré fosse compelida a autorizar o tratamento conforme prescrição da médica responsável por seu acompanhamento.

A controvérsia recursal cinge-se à análise: (i) da impossibilidade de custeio de tratamento fora da rede credenciada; (ii) da aplicação dos limites contratuais ao reembolso por atendimentos realizados fora da rede; (iii) ausência de previsão no rol da ANS para procedimentos educacionais e domiciliares; e (iv) do pedido de indenização por danos morais, no valor de R\$ 15.000,00.

Embora a ré sustente a ausência de previsão, no rol da ANS, para a cobertura das terapias indicadas pela médica assistente do infante, mediante a aplicação do método ABA, tal argumentação não se sustenta.

A simples ausência de expressa previsão no referido rol não justifica, por si só, a negativa de cobertura, sobretudo quando se trata de tratamento prescrito por especialista, voltado às necessidades específicas do autor, diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista.

Negar cobertura sob esse fundamento configura prática abusiva, por violar os princípios da boa-fé objetiva e do equilíbrio nas relações de consumo (art. 4º, III, do CDC), além de representar a imposição de vantagem excessiva ao consumidor (art. 39, V, do CDC).

Ademais, cabe salientar ser função do médico indicar o tratamento adequado ao paciente, sendo ilícito que a operadora de saúde estabeleça empecilhos indevidos e injustos que possuam objetivos puramente financeiros.

Este entendimento também já se encontra cristalizado, conforme a súmula do Tribunal de Justiça de São Paulo, que deve ser obrigatoriamente observada, nos termos do artigo 927, inciso V, do Código de Processo Civil:

“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”.

Ainda, quanto à taxatividade do rol de procedimentos da ANS, o Superior Tribunal de Justiça, ao analisar a matéria, firmou o entendimento de que o rol de procedimentos da ANS consubstancia um patamar mínimo obrigatório de cobertura, e não meramente exemplificativo, de modo que a restrição de cobertura fundada nesse rol não implica, *per se*, abusividade.

Não obstante, tal orientação não obsta que, no exame das peculiaridades de cada caso concreto, a cobertura seja reconhecida como devida, mesmo em situações não expressamente previstas no referido rol.

Cumprе destacar a superveniência da Lei nº 14.454/2022, que alterou a Lei nº 9.656/98, estabelecendo critérios para a cobertura de exames e tratamentos não incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A propósito, confira-se a redação do § 13º do artigo 10 da Lei nº 9.656/98:

“§13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em

saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais”.

De acordo com a nova redação dada ao artigo 10 e parágrafos da Lei dos Planos de Saúde, o caso em análise se amolda às diretrizes estabelecidas na norma supracitada.

Isso ocorre por haver subsunção a uma das condicionantes, qual seja, a eficácia do tratamento à luz da ciência (inciso I, § 13, do artigo 10, da Lei 9.656/98).

A literatura especializada é vasta no sentido de que a abordagem multidisciplinar pelo método ABA fornece melhor qualidade de vida ao portador de transtorno do espectro autista.

Inclusive, o Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Agravo Interno no Agravo em Recurso Especial nº 2.083.773/MS, sob a relatoria do Ministro Antonio Carlos Ferreira, reconheceu a eficácia do Método ABA no tratamento do Transtorno do Espectro Autista, fundamentando-se no relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), o qual atesta a adequação da utilização do aludido método.

Vejamos:

“PROCESSUAL CIVIL. CONTRATOS. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ROL DA ANS. TAXATIVIDADE. FLEXIBILIZAÇÃO. POSSIBILIDADE. DECISÃO DE ACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. AUTISMO. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. NEGATIVA DE COBERTURA. ILEGALIDADE. SERVIÇO INEXISTENTE NA REDE CONVENIADA. REEMBOLSO INTEGRAL DE DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES. POSSIBILIDADE. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INVIABILIDADE. SÚMULA N. 7/STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. Cumpre observar os seguintes parâmetros objetivos para admitir, em hipóteses excepcionais e restritas, o afastamento das limitações contidas na lista da ANS: "1 - o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo; 2 - a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado à lista; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento

extrarrol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo-assistente, desde que (i) não tenha sido indeferida expressamente pela ANS a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e NatJus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS" (EREsp n. 1.889.704/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022).

2. Quanto ao tratamento multidisciplinar para autismo, reconheceu a Segunda Seção, no citado precedente, que é devida a cobertura, sem limite de sessões, admitindo-se que está previsto no rol da ANS, nos seguintes termos: "a) para o tratamento de autismo, não há mais limitação de sessões no Rol; b) as psicoterapias pelo método ABA estão contempladas no Rol, na sessão de psicoterapia; c) em relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - Conitec, de novembro de 2021, elucida-se que é adequada a utilização do método da Análise do Comportamento Aplicada - ABA."

3. O entendimento do Tribunal de origem, ao determinar a cobertura, pelo plano de saúde, de tratamento multidisciplinar para autismo sem limitação de sessões, concorda com a recente jurisprudência do STJ.

4. Analisando controvérsia quanto à obrigação de reembolso por cirurgia realizada em hospital não credenciado, por opção do beneficiário - sendo prestado o serviço pela rede credenciada -, a Segunda Seção também firmou o entendimento de que "o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou

insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento" (EAREsp 1.459.849/ES, Relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020).

5. No caso, existe a peculiaridade, destacada no acórdão recorrido, de o tratamento pleiteado não ser ofertado pelo plano de saúde em sua rede credenciada, "razão pela qual não há como se falar em aplicação da tabela da operadora do plano de saúde para atendimentos semelhantes, devendo o reembolso ser realizado de forma integral" (AgInt no AgInt nos EDcl no AREsp 1.704.048/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 24/8/2021, DJe 1º/9/2021).

6. Nesse sentido: AgInt no REsp n. 1.956.468/SP, de minha relatoria, QUARTA TURMA, julgado em 2/5/2022, DJe de 6/5/2022.

7. O recurso especial não comporta exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos (Súmula n. 7 do STJ).

8. Seria necessário o reexame dos fatos e das provas para alterar o entendimento do Tribunal de origem sobre a obrigação da empresa de saúde de custear a terapêutica postulada, indisponível na rede credenciada.

9. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp n. 2.083.773/MS, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 13/2/2023, DJe de 22/2/2023.) (grifos nossos).

Ademais, para que não parem dúvidas, a Colenda 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça, no julgamento finalizado em 8 de junho de 2022, nos autos do EREsp 1.889.704, assim decidiu:

"[...] a operadora deve cobrir tratamento para uma pessoa com transtorno do espectro autista, porque a ANS já reconhecia a terapia ABA como contemplada nas sessões de psicoterapia do rol de saúde suplementar".

Ao que concerne ao tratamento com musicoterapia, este método utiliza-se dos elementos da música como ritmo, melodia e expressão sonora para promover o bem-estar emocional, e deve ser utilizada como parte de intervenções multidisciplinares, objetivando beneficiar aspectos emocionais, sociais, e de comunicação das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Nesse passo, a C. terceira turma do STJ decidiu, no julgamento do Recurso Especial nº 2.064.964/SP, que:

“A Terceira Turma consolidou o entendimento de que, sendo a equoterapia e a musicoterapia métodos eficientes de reabilitação da pessoa com deficiência, hão de ser tidas como de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde para os beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, dentre eles o transtorno do espectro autista” (REsp n. 2.064.964/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 20/2/2024, DJe de 8/3/2024.).

Outrossim, cumpre destacar que a Nota Técnica nº 91026 do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus) do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), datada de 24 de agosto de 2022, emitiu parecer favorável à musicoterapia para o tratamento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista.

Acrescenta-se, ainda, que a musicoterapia foi incluída pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), conforme as Portarias GM/MS nº 849/2017 e nº 702/2018.

Estendem-se os mesmos fundamentos à obrigatoriedade de cobertura da equoterapia, tendo em vista tratar-se de procedimento terapêutico com eficácia reconhecida na melhoria de aspectos motores, cognitivos, sensoriais e de comunicação, sendo, por essa razão, devidamente prescrito pela médica assistente do autor.

Ressalte-se que a prática foi regulamentada pela Lei nº 13.830, de 13 de maio de 2019, a qual dispõe, em seu art. 1º, § 1º, que a equoterapia é método de reabilitação pertencente também à área da saúde, voltado ao desenvolvimento biopsicossocial da pessoa com deficiência:

“Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a prática da equoterapia.

§ 1º Equoterapia, para os efeitos desta Lei, é o método de reabilitação que utiliza o cavalo em abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação voltada ao desenvolvimento biopsicossocial da pessoa com deficiência.”

Nesse sentido, o Colendo Superior Tribunal de Justiça tem reconhecido a obrigatoriedade de custeio, por parte das operadoras de planos de saúde, da equoterapia destinada ao tratamento de pessoas com deficiência:

“RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. BENEFICIÁRIO PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL. PRESCRIÇÃO DE SESSÕES DE

EQUOTERAPIA. COBERTURA OBRIGATÓRIA.

1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 14/12/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 31/05/2022 e concluso ao gabinete em 20/01/2023.

2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional e sobre a obrigatoriedade de a operadora de plano de saúde cobrir as sessões de equoterapia prescritas pelo médico assistente para o beneficiário portador de paralisia cerebral.

3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022, II, e 489, § 1º, IV, do CPC/15.

4. Ao julgamento realizado pela Segunda Seção, no EREsp 1.889.704/SP, sobrevieram diversas manifestações da ANS, no sentido de reafirmar a importância das terapias multidisciplinares para os portadores de transtorno global do desenvolvimento, e de favorecer, por conseguinte, o seu tratamento integral e ilimitado.

5. Segundo a diretriz da ANS, o fato de a paralisia cerebral não estar enquadrada na CID-10 F84 (transtornos globais do desenvolvimento) não afasta a obrigação de a operadora cobrir o tratamento multidisciplinar e ilimitado prescrito ao beneficiário com essa condição que apresente quaisquer dos transtornos globais do desenvolvimento.

6. Na linha da manifestação do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o legislador editou a Lei 13.830/2019, na qual reconheceu a equoterapia como método de reabilitação que utiliza o cavalo em abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação voltada ao desenvolvimento biopsicossocial da pessoa com deficiência (§ 1º do art. 1º), cuja prática está condicionada a parecer favorável em avaliação médica, psicológica e fisioterápica.

7. Considerando a orientação da ANS no sentido de que a escolha do método mais adequado para abordagem dos transtornos globais do desenvolvimento deve ser feita pela equipe de profissionais de saúde assistente, com a família do paciente, e sendo a equoterapia método eficiente de reabilitação da pessoa com deficiência, há de ser tida como de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde para os beneficiários portadores de

paralisia cerebral.

8. Hipótese em que o beneficiário, portador de paralisia cerebral, faz jus à cobertura das sessões de equoterapia prescritas pelo médico assistente para seu tratamento.

9. Recurso especial conhecido e desprovido.

(STJ - REsp 2049092 / RS, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Julgamento: 10/04/2023, Data de Publicação: 13/04/2023) (grifos nossos).

No que se refere à psicopedagogia, trata-se de método terapêutico reconhecido cientificamente como de natureza interdisciplinar, situado na confluência entre as áreas da educação e da saúde.

Ainda que tradicionalmente associada ao ambiente educacional, a psicopedagogia possui fundamentos teóricos e práticas voltadas à promoção da saúde, especialmente no que tange ao processo de aprendizagem de indivíduos com transtornos do desenvolvimento.

A esse respeito, o Código de Ética do Psicopedagogo, disponível no sítio eletrônico da Associação Brasileira de Psicopedagogia (ABPp), dispõe:

“Art. 1º – A Psicopedagogia é um campo de conhecimento e ação interdisciplinar em Educação e Saúde (...). Ocupa-se do processo de aprendizagem considerando os sujeitos e sistemas, a família, a escola, a sociedade e o contexto social, histórico e cultural.

Art. 2º – A Psicopedagogia é de natureza inter e transdisciplinar, utiliza-se de recursos próprios para a compreensão do processo de aprendizagem dos sujeitos e sistemas com vistas à intervenção.”

Nesse contexto, as sessões de psicopedagogia realizadas em ambiente clínico, voltadas ao tratamento de transtornos do desenvolvimento e prescritas por profissional habilitado, inserem-se no rol de obrigações do plano de saúde, por apresentarem correlação direta com a assistência à saúde. Por outro lado, não se configura a obrigatoriedade de custeio quando tais sessões ocorrem em ambiente escolar, hipótese que excede os limites da cobertura contratual.

No caso concreto, observa-se que não houve requerimento do autor para realização da psicopedagogia em ambiente domiciliar ou escolar, como alegado pela ré, razão pela qual se impõe reconhecer a obrigatoriedade de cobertura do tratamento em ambiente clínico, nos termos já delineados.

As mesmas considerações aplicam-se à pretensão de cobertura para o acompanhante terapêutico em âmbito escolar ou domiciliar.

Com efeito, a imposição de tal cobertura, na hipótese em apreço, afigura-se providência que extrapola os limites do contrato de plano de saúde, aproximando-se de medida de cunho educacional, cuja responsabilidade não pode ser transferida à seguradora ou operadora de saúde.

O acompanhante terapêutico especializado em ambiente escolar não ostenta relação direta com o objeto do contrato de assistência médica, porquanto não se vincula ao tratamento de saúde propriamente dito, mas visa ao desenvolvimento educacional do autor, desempenhando função pedagógica e social, cuja provisão compete à instituição de ensino.

Assim, e em consonância com o já explicitado, ante a ausência de pedido específico para acompanhamento terapêutico em âmbito domiciliar ou escolar, a obrigatoriedade de cobertura restringe-se ao tratamento realizado em ambiente clínico.

Nesse sentido:

*“PLANO DE SAÚDE – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – DECISÃO QUE INDEFERIU A TUTELA DE URGÊNCIA PRETENDENDO COMPELIR A OPERADORA A CUSTEAR ASSISTENTE TERAPÊUTICO EM AMBIENTE ESCOLAR AO PACIENTE, DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) - IRRESIGNAÇÃO DO AUTOR - **DESCABIMENTO - SERVIÇO DE NATUREZA PEDAGÓGICA E NÃO MÉDICA - OPERADORA QUE NÃO PODE SER COMPELIDA A COBRIR PROFISSIONAL QUE ATUA FORA DO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA - PRECEDENTES - DECISÃO MANTIDA - AGRAVO DESPROVIDO.**”* (TJSP; Agravo de Instrumento 2002707-33.2025.8.26.0000; Relator (a): Theodureto Camargo; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de Taquaritinga - 4ª Vara Judicial; Data do Julgamento: 27/02/2025; Data de Registro: 27/02/2025) (grifos nossos).

“AGRAVO DE INSTRUMENTO – Ação de obrigação de fazer, ajuizada pelo agravado em face da agravante – Decisão que concedeu parcialmente a tutela de urgência pretendida pelo autor, portador de TEA (Transtorno do Espectro Autista) – Insurgência do

autor, ao argumento de que a cobertura da assistente terapêutico integrante da equipe multidisciplinar, no ambiente escolar também é obrigatória – Descabimento – Acompanhamento que possui natureza pedagógico-educacional, tratando-se de medida relacionada à área educacional – Inteligência do art.3º, §§ 1º e 4º, da Lei 17.798/2023 que alterou a Lei 17.158, de 18.09.2019 (Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista-TEA) - Obrigação não oponível ao plano de Saúde - Escola que não integra a lide, não lhe atingindo eventual decisão (tutela ou sentença) que reconheça o direito do paciente a tal atendimento (CPC, art. 506) – Precedentes desta Corte - Decisão mantida – AGRADO DESPROVIDO.” (TJSP; Agravo de Instrumento 2280506-08.2024.8.26.0000; Relator (a): Miguel Brandi; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de Mogi Mirim - 3ª Vara; Data do Julgamento: 03/12/2024; Data de Registro: 04/12/2024) (grifos nossos).

Portanto, impõe-se a ré a obrigação de cobertura de: (i) psicoterapia pelo método ABA; (ii) fonoaudiologia supervisionada método ABA; (iii) terapia ocupacional com integração sensorial supervisionada método ABA; (iv) musicoterapia supervisionada ABA; (v) equoterapia (equitação lúdica, supervisionada método ABA); (vi) psicologia supervisionada método ABA; (vii) psicomotricidade supervisionada método ABA; (viii) psicopedagogia supervisionada método ABA, em âmbito clínico; (iv) assistente terapêutica em âmbito clínico.

Quanto às alegações da ré de que o tratamento deve ser realizado exclusivamente na rede credenciada e de que, em caso de atendimento fora dela, o reembolso estaria limitado aos valores previstos em tabela contratual, estas não merecem acolhida.

Com efeito, é certo que, havendo profissional habilitado na rede credenciada para o atendimento do menor, nos termos do método terapêutico prescrito, o tratamento deverá ser prestado integralmente por meio do plano.

Contudo, inexistindo na rede referenciada profissional ou estabelecimento apto a aplicar a técnica indicada pelo médico assistente do autor, impõe-se à operadora a obrigação de custear integralmente o reembolso das despesas efetuadas fora da rede.

Tal entendimento encontra amparo no novo regime legal instituído pela Resolução Normativa ANS nº 539, de 23 de junho de 2022, que alterou a RN nº 465/2021, tornando obrigatória a cobertura de sessões com

psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para beneficiários com Transtorno do Espectro Autista e outros transtornos do neurodesenvolvimento.

Nos termos do art. 6º, § 4º, da referida norma, *“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. (Incluído pela RN nº 539, 23/06/2022)”* (grifos nossos).

Embora a ré tenha apresentado, em contestação (fls. 139/141) e em sede recursal (fls. 390/391), relação de estabelecimentos supostamente disponíveis ao beneficiário, deixou de cumprir a determinação expressa do magistrado sentenciante às fls. 206, que, ao inverter o ônus da prova, lhe atribuiu o encargo de demonstrar a capacidade técnica de seus prestadores, bem como a distância entre as clínicas indicadas e a residência do autor.

Em sua manifestação de fls. 209/216, a operadora limitou-se a requerer a expedição de ofícios à ANS e ao NatJus, sem, contudo, trazer ao feito qualquer prova concreta capaz de infirmar as alegações formuladas pela parte autora. Destarte, impõe-se a ela a obrigação de custear o tratamento do infante ainda que fora da rede credenciada.

Entretanto, é necessário esclarecer que a obrigação de reembolso das sessões realizadas fora da rede credenciada não tem caráter definitivo, devendo perdurar apenas enquanto inexistir, próximo a casa do menor, profissional ou clínica da rede credenciada apta a prestar o tratamento prescrito, de forma compatível com as orientações médicas e o número de sessões indicadas.

Tal medida visa resguardar o direito do beneficiário à continuidade terapêutica, sem, contudo, desvirtuar a lógica contratual do plano de saúde, que deve ser prestigiada sempre que houver possibilidade de atendimento eficaz dentro da rede própria.

Dessa forma, comprovada a inexistência, na localidade do domicílio do segurado, de profissionais ou clínicas credenciadas com disponibilidade para prestar o tratamento indicado, é devido o reembolso integral das despesas realizadas fora da rede. Ressalte-se que tal situação não configura mera escolha do paciente por estabelecimentos particulares, mas sim o exercício do direito de acesso ao tratamento prescrito para sua condição de saúde.

Sob essa perspectiva, assim constou da sentença (fls. 379):

“A ré deve custear as terapias prescritas, mas por meio que apropriado. A peculiaridade do mal que aflige o autor é notoriamente ser incompatível com submissão do paciente à locomoção desde seu domicílio até o

prestador de serviços em períodos maiores que vinte (20) minutos em cada trajeto (ida e volta). Dessa maneira, era da ré a obrigação de disponibilizar meios eficazes de disponibilizar ao autor tratamento apropriado, mas se descurou, pois deixou de demonstrar, como lhe cumpria fazer, que prestadores de serviços, seus credenciados ou referenciados, além de aptos ao atendimento do quanto prescrito ao autor, estavam sediados em locais que a ele fosse permitido o alcance em tempo razoável. Bem por isso, tem-se por certo caber para a ré custear integralmente as terapias prescritas, isso mediante pagamento pelas mesmas aos prestadores que, eleitos pelo autor, cumpram o requisito apontado ou, ainda, mediante reembolso integral, enquanto inexistir outro que, credenciado pela ré, faça-o.”

No entanto, impende, neste ponto, ajustar o critério inicialmente adotado para aferição da proximidade entre a residência do autor e o local da prestação do serviço. A decisão liminar de fls. 84/85, posteriormente confirmada em sentença, fixou o deslocamento máximo em até 20 (vinte) minutos, o que, embora bem-intencionado, revela-se parâmetro subjetivo e de difícil aferição prática, especialmente em cidade de grande porte como São Paulo, cuja mobilidade urbana é frequentemente afetada por fatores imprevisíveis.

Assim para fins de objetividade e clareza, o critério de “até 20 minutos” deve ser interpretado e compreendido como a distância máxima de 10 quilômetros. Tal interpretação visa assegurar maior objetividade e segurança jurídica no cumprimento da obrigação, conforme precedentes consolidados desta Corte.

Fica, ainda, esclarecido que a obrigação de reembolso das despesas realizadas em clínica particular tem caráter provisório e cessará tão logo a operadora demonstre, de forma concreta e documental, a existência de profissionais ou clínicas da rede credenciada localizadas dentro do raio de 10 quilômetros da residência do autor, com efetiva capacidade técnica para prestar o tratamento prescrito, em conformidade com o relatório médico acostado ao feito, incluindo a modalidade terapêutica e o número de sessões recomendadas.

Nesse sentido o Enunciado n.º 39.4, da 3ª Câmara de Direito Privado deste Tribunal de Justiça, que assim dispõe:

“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”

Em relação ao dano moral pleiteado pelo beneficiário, este não merece acolhimento.

Após análise detida de todo o processado, não se vislumbra a ocorrência de prejuízo imaterial que justifique a reparação pleiteada. Embora não se desconsidere a angústia e a incerteza vivenciadas pelo autor e seus familiares, constata-se que a negativa de cobertura por parte da seguradora decorreu, em grande parte, de uma interpretação das cláusulas contratuais, sem que se vislumbrasse conduta abusiva ou fora dos parâmetros previstos no contrato firmado entre as partes.

De fato, a falta de cobertura integral das terapias indicadas no relatório médico estava, inicialmente, fundamentada no contrato estabelecido entre as partes, o que não configura uma situação excepcional ou grave nas relações contratuais, tampouco acarretando sofrimento excessivo ao autor.

Para a caracterização de dano moral indenizável, é imprescindível a demonstração de dor e sofrimento intensos, que, fugindo ao comum, repercutam de forma significativa no comportamento e no bem-estar psíquico do indivíduo.

No presente caso, a discussão acerca de cláusula contratual ou descumprimento de obrigação não configura, por si só, a reparação pretendida, uma vez que não se demonstrou qualquer situação concreta de prejuízo incomum. O sofrimento experimentado pelo autor é natural e esperado em situações desse tipo, e não se trata de dano moral “*in re ipsa*”, como requerido.

Nesse sentido, o Superior Tribunal de Justiça, ao analisar casos semelhantes, tem decidido de maneira reiterada, conforme se extrai da seguinte ementa:

“AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO AOS ARTS. 489, § 1º, IV e 1.022 DO CPC/2015. CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR. NEGATIVA DE COBERTURA DE PRÓTESE. LIMITAÇÃO DE SESSÕES DE FISIOTERAPIA. CLÁUSULA ABUSIVA. REEMBOLSO INTEGRAL. DANO MORAL. INEXISTÊNCIA. RECUSA LEGÍTIMA. CLÁUSULA CONTRATUAL CONTROVERTIDA. AGRAVO INTERNO PARCIALMENTE PROVIDO.

1. A Corte de origem dirimiu a matéria submetida à sua apreciação, manifestando-se expressamente acerca dos temas necessários à integral solução da lide. Dessa forma, não havendo omissão, contradição ou obscuridade no aresto recorrido, não se verifica a

ofensa aos artigos 489, § 1º, IV, e 1.022 do CPC/2015.

2. Consoante a jurisprudência do STJ, é abusiva a exclusão do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico relativos a doença coberta pelo contrato de plano de saúde, hipótese na qual o ressarcimento dos gastos realizados pelo beneficiário deve ser integral. Precedentes.

3. O mero descumprimento de cláusula contratual controvertida não gera danos morais. Precedentes.

4. Agravo interno a que se dá parcial provimento.

(AgInt nos EDCL no REsp 1760229/PR, 4ª Turma, Rel. Min. RAUL ARAÚJO, j. 30.05.2019) (grifos nossos).

Dessa forma, por ausência de elementos que justifiquem a reparação por danos morais, o pleito de indenização é rejeitado.

Diante do exposto, nega-se provimento aos recursos, mantendo-se integralmente a r. sentença, ressalvando-se, contudo, o critério adotado quanto à distância entre a residência do autor e a clínica conveniada, nos termos ora ajustados.

Diante da mínima sucumbência do autor e da manutenção do julgado, majoro os honorários de sucumbência devidos pela ré para 13% sobre o valor atualizado da causa (art. 85, §§ 2º e 11, do CPC).

Considera-se prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional declarada, observando o sólido entendimento do E. Superior Tribunal de Justiça de que “*é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida*” (EDcl no RMS nº 18.205/SP, Relator Ministro Felix Fischer, j. 18.04.2006).

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGA-SE PROVIMENTO a ambos os recursos, com observação**, nos termos da fundamentação supra.

GILBERTO FRANCESCHINI
RELATOR