



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**32ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**

**SENTENÇA**

Processo nº: **1137112-53.2021.8.26.0100**  
 Classe - Assunto **Procedimento Comum Cível - Tratamento médico-hospitalar**  
 Requerente: **\_\_\_ e outro**  
 Requerido: **\_\_\_**

Juiz(a) de Direito: Dr(a). **FABIO DE SOUZA PIMENTA**

Vistos.

**\_\_\_, representado por seu genitor** \_\_\_ move ação de obrigação de fazer cc danos materiais e pedido de tutela de urgência contra \_\_\_, pleiteando a condenação da Requerida à cobertura do tratamento multidisciplinar com acompanhamento psicológico Aba no Instituto TEA Desenvolvimento, nos termos prescritos por médico de sua confiança.

Aduz que diante o diagnóstico de autismo, foi prescrito ao autor, a realização de tratamento multidisciplinar, através de acompanhamento psicológico Aba, fonoaudiologia especializada em TEA, terapia ocupacional especializada em integração sensorial, fisioterapia especializada em psicomotricidade fina e global e avaliações médicas trimestrais, de acordo com o relatório médico (fls. 41/42).

Afirma que o autor, por meio de seu representante legal, diligenciou junto a requerida, que, por sua vez, teria apresentado duas clinicas para realização do tratamento, a Clinica Fonoaudiologia Katia Dias, que fica há cerca de 43 minutos de distância e a Clinica Progresso que fica há 34 minutos minutos.

Alega que, diante da ausência de credenciados próximos da residência do autor, teria iniciado o tratamento no Instituto Tea Desenvolvimento, que fica localizado há cerca de 14 minutos de sua residência.



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**32ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 1**

Informa que os genitores não possuem mais condição financeira de arcar com o custeio do tratamento e, assim requer, em sede de tutela de urgência, que seja determinando que a ré promova a cobertura do tratamento indicado ao Autor diretamente no Instituto TEA Desenvolvimento ante a existência do vínculo terapêutico, incluindo todo o tratamento indicado pelo médico,

Diz, ainda, estar em dia com o pagamento do seu plano de saúde junto à requerida.

Juntou documentos (fls. 25/58).

O pedido antecipatório foi concedido (fls. 59/62), determinando o tratamento em estabelecimento de rede credenciada da autora situado há menos de 10 km do endereço da parte autora, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00 até o limite de R\$ 200.000,00, que foi objeto de interposição de recurso de agravo de instrumento pela requerida (fls. 112), ao qual

Houve notícia de descumprimento da liminar, com indicação de clínicas com mais de 10Km de distância da residência do autor (fls. 91/93), tendo a requerida a reconsideração da decisão, pois as clínicas indicadas não estão distantes do limite fixado pelo juízo (fls. 139/140)

O Ministério Público se manifestou pela cobertura do tratamento em clínica mais próxima da residência do autor e pelo indeferimento do pedido de reconsideração da requerida às fls. 139/140, visto que trajetos longos podem ensejar em irritação demasiada ao incapaz, de modo a prejudicar o seu tratamento (fls. 148/150)

A requerida apresentou contestação (fls. 153/186), com documentos (fls. 187/339), alegando, em preliminar, cumprimento da tutela de urgência deferida, ausência de negativa da requerida, impugnação ao valor da causa e, quanto



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
COMARCA DE SÃO PAULO  
FORO CENTRAL CÍVEL  
32ª VARA CÍVEL  
PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 2**

ao mérito alega que o tratamento não consta no rol da ANS, o qual passa a ser taxativo, conforme RN 428/2017, de modo que não há que se falar em cobertura e autorizações indiscriminadas de tratamentos, cujas prescrições médicas, muitas vezes de ordem subjetiva, não são as únicas capazes de tratar a enfermidade do paciente.

Alega que a sua recusa se justificava pela restrição legal e contratual à cobertura sobre o tratamento, cujos procedimentos, conforme RN nº 465/2021, art. 6º podem ser executados por qualquer profissional da área da saúde, sendo habilitado ou não pela seguradora, não havendo que se falar em preferência de método pela parte autora.

Afirma que o método ABA possui caráter experimental, sem comprovação científica de sua eficácia, de modo que não possui a seguradora obrigação em disponibilizar profissionais especialistas no método mencionado.

Aduz que, por força contratual, a parte autora não tem direito ao tratamento por meio da musicoterapia e acompanhante terapêutico e que a autora deve buscar o reembolso, administrativamente, pelo tratamento em rede particular, nos limites do contrato.

Por fim, defende a inexistência de dano moral passível de indenização.

O autor replicou a contestação (fls. 345/359), com novos documentos (fls. 360/362).

Em resposta ao despacho de fls. 363, as partes se manifestaram acerca do julgamento antecipado do mérito e interesse na produção de provas (fls. 373/378 e 382/385).

O Ministério Público emitiu parecer (fls. 388/397).



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
COMARCA DE SÃO PAULO  
FORO CENTRAL CÍVEL  
32ª VARA CÍVEL  
PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 3**

É O RELATÓRIO.  
FUNDAMENTO E DECIDO.

Em consonância com o parecer do Ministério Público, acolho a preliminar de impugnação ao valor da causa, que deve corresponder ao proveito econômico perseguido, ou seja, deve corresponder à somatória de doze mensalidades do plano de saúde – anterior à propositura da ação, acrescido do valor pretendido como restituição, no importe de R\$ 18.650,00, mais o valor pleiteado a título de indenização por danos morais.

Da mesma forma, conforme ressaltado pelo Ministério Público, é certo que o responsável pelo pagamento do plano de saúde deve ser incluído no polo ativo da ação, visto que a indenização por danos materiais deve ser restituída àquele que suportou o dano.

Quanto ao mérito, o processo já apresenta elementos suficientes para o seu julgamento antecipado, nos termos do art. 355, I, do Código de Processo Civil.

Conforme relatórios médicos de fls. 41/42, é incontroverso que o autor \_\_ recebeu diagnóstico de autismo, com prescrição de tratamento multidisciplinar, por meio de acompanhamento psicológico Aba, fonoaudiologia especializada em TEA, terapia ocupacional especializada em integração sensorial, fisioterapia especializada em psicomotricidade fina e global e avaliações médicas trimestrais, de acordo com o relatório médico, por tempo indeterminado, ainda mais que tais fatos não foram impugnados pela requerida.

O contrato celebrado pelas partes se trata de plano de saúde, que abrange serviços e artefatos fundamentais para a recuperação e manutenção mínima de condições ideais de saúde (e até mesmo sobrevivência) do segurado.



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
COMARCA DE SÃO PAULO  
FORO CENTRAL CÍVEL  
32ª VARA CÍVEL  
PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 4**

Com base nessa filosofia temos que eventual exclusão de cobertura sobre procedimento como o pleiteado pelo autor deve ser caracterizada como abusiva, já que é certo que o mesmo não se trata de hipótese estética ou para simples deleite da paciente, mas sim essencial para o tratamento preciso de doença, impondo a necessidade de utilização do que há de mais moderno e eficaz para o seu combate.

Não se nega ser possível, em contrato de plano de saúde, estabelecer restrições no que se refere aos riscos cobertos. Mas, para tanto, faz-se necessário atender os princípios da boa fé objetiva (ex.: informação) e da função social do contrato. Não atendidos, a restrição torna-se abusiva, justamente por fugir da sua finalidade social de garantir ao seu contratante uma prestação de serviços médico-hospitalares adequados.

Exclusão de garantia contratual dessa natureza deve ser considerada abusiva, pois o que se pretende garantir, com o contrato celebrado, globalmente falando, é a saúde, e o consumidor, se assim não se entender, ficará exposto a diversas manobras tendentes a ampliar o rol de exclusões de cobertura. Ressalta-se que o Código de Defesa do Consumidor considera excessiva a vantagem que restringe direitos fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar o objeto ou o equilíbrio contratual. (art. 51, § 1º, II do CDC).

Assim, a exclusão de um procedimento por estar em uma lista da ANS, ou de exclusões contratuais de procedimentos, é cláusula abusiva e, como tal, inválida – ainda mais porque não cabe ao plano de saúde, à ANS (cuja lista é apenas uma referência para os planos de saúde, servindo apenas para a orientação dos prestadores dos serviços) ou ao contrato avaliar o que é mais adequado para o tratamento de um paciente, mas sim ao médico de confiança deste que, para todos os efeitos, caso esteja agindo com imprudência, negligência ou imperícia, poderá responder civilmente pelos prejuízos que der causa pela sua conduta (inclusive perante a seguradora que custear os procedimentos indevidamente indicados por esse profissional).



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**32ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 5**

Tal entendimento é reforçado pela Súmula 102 do TJ/SP e pela jurisprudência do E. Tribunal de Justiça de São Paulo respectivamente:

*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.*

*PLANO DE SAÚDE \_ OBRIGAÇÃO DE FAZER \_ NEGATIVA DE COBERTURA \_ Insurgência da ré contra a r. sentença que julgou procedente o pedido do autor, portador de hiperidrose axilar bilateral - Indicação médica para injeção local de toxina botulínica \_ Recusa de cobertura para procedimento não previsto no rol dos procedimentos obrigatórios da ANS **Recusa indevida - Irrelevância de não constar do rol da ANS Rol que é meramente exemplificativo, não taxativo, servindo apenas como referência básica para operadoras de plano de saúde \_ Médico que acompanha a paciente é quem define os procedimentos a serem realizados** - Limitação que importaria na violação às normas de proteção e defesa do consumidor, por atingir obrigação fundamental da operadora, inerente à natureza do contrato, que é de prestar assistência à saúde - **Aplicação da Súmula 102 do TJ/SP** \_ Decisão mantida \_ Honorários recursais devidos - **RECURSO DESPROVIDO.** (TJSP; Apelação Cível 1121965-26.2017.8.26.0100; Relator (a): Angela Lopes; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 7ª Vara Cível; Data do Julgamento: 15/03/2012; Data de Registro: 12/02/2019) (grifo nosso).*

Desta forma, também recente decisão do TJ/SP, cujo relator foi o Des. Elcio Trujullio afirma:

*CERCEAMENTO DE DEFESA - Não ocorrência - Presentes as condições que ensejam o julgamento antecipado da causa, é dever do juiz, e não mera faculdade, assim proceder - Dispensabilidade da realização de audiência - **PRELIMINAR AFASTADA. PLANO DE SAÚDE - Recomendação médica para utilização de câmara hiperbárica -***



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**32ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 6**

Ausência de cláusula a excluir, expressa e categoricamente, a cobertura ao procedimento - Tratamentos convencionais utilizados sem êxito - Negativa de cobertura sob a alegação de que o tratamento não consta no rol de procedimentos do plano- referência, definido pela ANS - Poder regulamentar decorrente do art. 10 § 4º da Lei 9.656/98 - Resoluções da ANS que não podem exceder aos limites da lei - Rol de procedimentos que serve tão- somente para orientação dos prestadores de serviços - Impossibilidade de negativa de cobertura de tratamentos que, apesar de não elencados, são de cobertura obrigatória ante a natureza do ajuste - Sentença mantida - RECURSO NÃO PROVIDA (Apelação Com Revisão 6028534600; 24/03/2009)” (grifei)

Cabível, portanto, o dever de custeio pela seguradora não só dos procedimentos futuros como, também, o ressarcimento do segurado pelos procedimentos que ela teve que arcar pessoalmente por força da recusa do plano de saúde.

Observe-se, ainda, que é certo que a limitação de sessões de tratamento terapêutico foge da finalidade da atividade econômica da ré como prestadora de serviços de plano de saúde.

Nesse sentido, a Súmula nº 96 do E. Tribunal de Justiça/SP dispõe que: “*Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento*”.

A jurisprudência também segue nesse sentido:

**ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. PLANO DE SAÚDE. CUSTEIO DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DE PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL A PACIENTE PORTADOR DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. COBERTURA DEFERIDA PELO MM. JUÍZO, SOB A RESSALVA DE**



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**32ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 7**

*QUE DEVERIA DAR-SE NA REDE CREDENCIADA DA RÉ.  
 PRETENSÃO DE QUE O TRATAMENTO SE DÊ FORA DA REDE  
 CREDENCIADA, HAJA VISTA A NECESSIDADE DE OS  
 PROFISSIONAIS ATUAREM DE FORMA COESA E PERTENCEREM À  
 MESMA CLÍNICA. INADMISSIBILIDADE. COBERTURA QUE DEVE  
 DAR-SE NA REDE CREDENCIADA DA RÉ, OU MEDIANTE  
 REEMBOLSO NOS TERMOS DO CONTRATO. DECISÃO MANTIDA.  
 RECURSO IMPROVIDO. (TJSP; Agravo de Instrumento  
 2057455-59.2018.8.26.0000; Relator (a): Vito Guglielmi; Órgão Julgador:  
 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de Campinas - 5ª. Vara Cível; Data  
 do Julgamento: 28/05/2018; Data de Registro: 28/05/2018).*

*PLANO DE SAÚDE. Negativa de cobertura a exame de  
 "sequenciamento dos exomas genômicos" e a terapia multidisciplinar,  
 incluindo fonoterapia, ocupacional, psicomotricista e psicologia. Alegação  
 de que não há previsão no rol da ANS e de que há limitação de cobertura  
 às sessões de terapia. Descabimento. Expressa prescrição médica.  
 Aplicação das súmulas nº 96 e 102 do TJSP. Abusividade à luz do Código  
 de Defesa do Consumidor. Não cabimento da limitação do reembolso.  
 Precedentes. Sentença mantida. Recurso não provido. (TJSP; Apelação  
 1012031-32.2017.8.26.0554; Relator (a): Fernanda Gomes Camacho;  
 Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santo André - 3ª  
 Vara Cível; Data do Julgamento: 28/05/2018; Data de Registro:  
 28/05/2018)*

*Tutela de urgência. Art. 300, NCPC. Autor, beneficiário de plano de saúde  
 operado pela requerida e portador de "atraso no desenvolvimento  
 neuropsicomotor, síndrome de hiperexcitabilidade crural com hipertonia  
 membros inferiores e hipotonia cervicoaxial, atraso global da linguagem,  
 AMP: polidactília mãos direita e esquerda (CID G80; F82; F80)", com  
 prescrição de tratamento por fisioterapia, fonoaudiologia e terapia  
 ocupacional pelo método Bobath. Probabilidade do direito e perigo de  
 dano configurados. Recusa da ré ao custeio sob a alegação de que o  
 tratamento não consta do rol da ANS. Inadmissibilidade. Súmula 102*



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**32ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 8**

*deste TJSP. Impossibilidade de limitação das sessões. Jurisprudência do Colendo STJ e deste E. TJ/SP a respeito. Renovação das prescrições pelo agravado que descabe no atual momento processual.*

*Recurso improvido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2092123-56.2018.8.26.0000; Relator (a): Maia da Cunha; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de São Carlos - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 24/05/2018; Data de Registro: 28/05/2018)*

Desta forma, as sessões indicadas por médico responsável pelo tratamento devem ser realizadas em rede credenciada da ré ou mediante reembolso, conforme tabela do plano de saúde, junto a profissionais de confiança do autor.

Logo, imperiosa a condenação da ré a fornecer a cobertura integral pela rede credenciada para o tratamento do autor ou, se em rede particular, mediante reembolso, seguindo tabela do plano de saúde objeto da ação.

Assim coloca-se porque, diante da possibilidade da rede credenciada da requerida supostamente não disponibilizar tratamento com a mesma qualidade que a desejada pelo paciente (a preferir a disponibilizada em rede particular), não obriga o plano de saúde ao custeio integral do valor das sessões, pois trata-se de opção do paciente se utilizar da rede particular de sua confiança, desde que assuma a possibilidade de ser ressarcido pela modalidade de reembolso, sem limite de sessões, mas até o limite pecuniário previsto no específico contrato celebrado pelas partes – ficando a cargo do segurado o valor que exceder ao reembolso.

O custeio só seria integral se a ré não disponibilizasse rede credenciada, mas não é o caso. Rede há. O que não há é o interesse do autor de utilizar dessa rede. Caso, mesmo assim, obtivesse o custeio integral do tratamento, estaria sendo ressarcido por conforto ou comodidade que extrapola o padrão de cobertura do plano de saúde do qual é segurado, havendo incompatibilidade com prêmio que remunera a seguradora.



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**32ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 9**

Assim, caso o autor insista em ser tratado em local incontestavelmente não credenciado pela requerida, mesmo sendo tal tratamento prestado em outro local dessa rede, caberá a cobertura, mas dentro dos limites contratuais, mediante pagamento de reembolsos previstos na tabela do contrato.

Nesse sentido, inclusive, é a jurisprudência:

*PLANO DE SAÚDE - Pedido de reembolso integral de despesas com tratamento realizado fora da rede credenciada - Autor que alega demora no fornecimento de autorização - Ré que alega não ter recebido solicitação alguma - Ausência de produção de provas por qualquer das partes - Necessidade de interpretação dos fatos de forma mais favorável ao consumidor - Entretanto, no presente caso a desídia da ré não justifica a busca por atendimento fora da rede credenciada - Obrigação da ré de reembolsar os valores pagos pelo autor reconhecida, porém nos limites dos preços pagos dentro da rede credenciada - Ação procedente em parte - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. (TJSP; Apelação 1054734-50.2015.8.26.0100; Relator (a): Elcio Trujillo; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 17/05/2016; Data de Registro: 19/05/2016)*

*PLANO DE SAÚDE Cobertura em rede hospitalar que não integra a rede credenciada - Livre escolha do beneficiário por atendimento em hospital fora da área de cobertura Reembolso que deve respeitar os limites objetivos de cálculo previstos em contrato para hospitais referenciados Demonstração da disponibilidade do procedimento em hospitais credenciados Situação de urgência/emergência não caracterizada Sentença mantida - Recurso desprovido. (TJSP; Apelação 0028075-02.2012.8.26.0302; Relator (a): Moreira Viegas; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro de Jaú - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/04/2014; Data de Registro: 06/05/2014)*



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**32ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 10**

Logo, imperiosa a condenação da ré a fornecer a cobertura integral pela rede credenciada ou, se em rede particular, mediante reembolso, seguindo tabela do plano de saúde do qual o autor é segurado.

Deve ser ainda mencionado o art. 3º da Resolução nº 13/1998 do CONSU, que dispõe que: "*os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e de emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções*", sem estabelecer qualquer limite temporal para o atendimento de urgência.

Cabível, portanto, o dever de custeio pela seguradora da internação necessária até pronto restabelecimento da plena saúde do autor como, também, o ressarcimento da segurada por procedimentos que eventualmente teve o autor que arcar pessoalmente por força da recusa do plano de saúde, inclusive pela falta de alegação pela ré de que a clínica em questão não integraria sua rede credenciada.

Com isso, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor, que considera excessiva a vantagem que restringe direitos fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar o objeto ou o equilíbrio contratual. (art. 51, § 1º, II do CDC).

Sobre o caso semelhante ao presente, já decidiu o E. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo:

*"AGRAVO DE INSTRUMENTO. Autor que, com 04 anos de idade, foi diagnosticado como portador do Transtorno do Espectro Autista (TEA) com prescrição médica para tratamento multidisciplinar pelo método ABA. Negativa de cobertura fundada no argumento da ausência de previsão do tratamento no rol de procedimentos obrigatórios da ANS. Tutela antecipada deferida*



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO  
 COMARCA DE SÃO PAULO  
 FORO CENTRAL CÍVEL  
 32ª VARA CÍVEL  
 PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900

1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 11

*para determinar a cobertura do tratamento. Recurso da seguradora. Cláusulas contratuais **que devem ser interpretadas à luz dos dispositivos do CDC. Abusividade na negativa de cobertura, já que incumbe ao médico e não a seguradora indicar qual o melhor tratamento para o paciente.** Sumula 102 TJSP. Precedentes STJ. **Ademais, a alegação de não constar o tratamento no rol da ANS é irrelevante, especialmente após a recente edição da RN n.º 469, de 9.7.2021 – "Cobertura obrigatória em número ilimitado de sessões para pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento – Autismo". Dever de disponibilização dos tratamentos em rede credenciada, ou, na ausência, de reembolso integral, sendo inaplicáveis os limites contratuais em caso de inexistência de profissionais aptos vinculados ao plano.** Recurso não provido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2250800-82.2021.8.26.0000; Relator (a): Enio Zuliani; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de Jaguariúna - 1ª Vara; Data do Julgamento: 25/01/2022; Data de Registro: 25/01/2022) (g.n)*

Já no tocante ao custeio do tratamento com musicoterapia e acompanhamento terapêutico, em consonância com o parecer do Ministério Público, estes não devem ser acolhidos, pois, além de não ser de custeio obrigatório da seguradora, fogem da finalidade do contrato, visto que se trata de terapias fornecidas em ambiente escolar ou domiciliar, de modo que, apesar de serem necessários para o bom desenvolvimento do incapaz, a ré não possui responsabilidade pelo fornecimento de tais tratamentos.



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**32ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 12**

Por fim, temos presente a responsabilidade objetiva da requerida pelos danos provenientes da sua atividade, como quando da indevida recusa de cobertura.

Ainda mais no caso em questão, pois é certo que a mencionada recusa de cobertura, foi capaz de lhe trazer danos de ordem subjetiva, em especial de fundo emocional, por conta de toda vulnerabilidade que ostenta o incapaz portador e autismo, com a possibilidade de não receber o tratamento de que necessita prescrito por seu médico.

Em que pese o entendimento da representante do Ministério Público acerca da exclusão da indenização por danos morais, é de entendimento deste juízo que tal situação supera o mero aborrecimento de rotina e não se justifica nem sob o ponto de vista de fundada dúvida contratual da requerida, cabendo indenização em importe que repare o sofrimento do autor sem que isso lhe cause indevido enriquecimento.

Diante disso, considerando as circunstâncias dos fatos, a extensão da gravidade do ocorrido e a capacidade econômica das partes, fixo em R\$ 10.000,00 o valor do dano moral a ser indenizado pela requerida à autora, já que razoável o pedido pleiteando na inicial.

No entanto, não cabe indenização pelas despesas que o autor teve com contratação de advogado porque subentende-se que esse prejuízo já está abrangido pelas verbas sucumbenciais fixadas em prejuízo da parte vencida.

Ante o exposto, **JULGO PROCEDENTES** os pedidos de \_\_, representado por seu genitor \_\_ contra \_\_, para, tornando definitiva a tutela de fls. 59/92, condenar a requerida na cobertura do tratamento multidisciplinar com acompanhamento psicológico Aba em estabelecimento de sua rede



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
COMARCA DE SÃO PAULO  
FORO CENTRAL CÍVEL  
32ª VARA CÍVEL  
PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 13**

credenciada situado há menos de 10 km do endereço da parte autora ou, na falta deste, no Instituto TEA Desenvolvimento, nos termos da prescrição médica descrita no item "a" de fls. 22 ou em estabelecimento por indicado pela própria parte requerente, sem limitação semanal, mensal ou anual de sessões.

Condena-se a requerida na restituição integral dos valores despendidos pela parte autora na realização dessas sessões em clínicas ou com profissionais credenciados pela requerida ou mediante reembolso, seguindo tabela do plano de saúde do qual o autor é segurado, também sem limite de sessões), no caso de sessões realizadas em rede particular ou com profissionais não credenciados, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00, até o limite de R\$ 200.000,00, nos termos da decisão supra, em valor a ser apurado em sede de liquidação de sentença.

Condeno, ainda, a requerida no pagamento de indenização a título de danos morais, no valor de R\$ 10.000,00, corrigido monetariamente desde a data desta sentença, com juros mensais legais de mora a contar da publicação desta decisão.

Condeno a requerida no pagamento de honorários advocatícios (que fixo em 10% do valor condenação), custas e despesas processuais.

Proceda a parte autora ao aditamento da inicial, com inclusão no polo ativo do responsável pelo pagamento do plano de saúde.

Providencie a parte autora a indicação do valor da causa nos termos fixados, bem como ao recolhimento das custas correspondentes e, após, proceda a serventia à retificação do valor da causa junto ao cadastro do sistema SAJ.

Consequentemente, **JULGO EXTINTO** o processo, nos termos do artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil.



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**32ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 14**

Certificado o trânsito em julgado, aguarde-se o prazo de 30 dias, arquivando-se estes autos principais da fase de conhecimento.

Em caso de futura execução, fica a parte interessada já advertida de que deverá instaurar incidente digital, nos termos do Provimento CG nº 16/2016 e dos Comunicados CG nº 438 e 441 de 2016, cumprindo especialmente o quanto determinado no item 2 do Comunicado CG nº 438/2016 ("No cumprimento de sentença deverão ser anexados os documentos mencionados no Provimento CG Nº 16/2016, na seguinte ordem: petição, sentença, acórdão, certidão do trânsito em julgado (se o caso) e documentos pertinentes ao pedido do início da fase executiva"), sem prejuízo dos demais documentos elencados no art. 1.286, § 2º, das Normas da Corregedoria ("O requerimento de cumprimento de sentença deverá se realizado por peticionamento eletrônico e instruído com as seguintes peças: I - sentença e acórdão, se existente; II - certidão de trânsito em julgado; se o caso III demonstrativo do débito atualizado ou planilha do órgão pagador, quando se tratar de execução por quantia certa; IV - mandado de citação cumprido e procurações outorgadas aos advogados das partes, além de outras peças processuais que o exequente considere necessárias;"), principalmente para que se possa cadastrar corretamente a parte executada e seus eventuais patronos.

P.R.I.

São Paulo, 03 de março de 2022.

**DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA  
 LEI 11.419/2006, CONFORME IMPRESSÃO À MARGEM DIREITA**

**1137112-53.2021.8.26.0100 - lauda 15**