



ESTADO DE MATO GROSSO

PODER JUDICIÁRIO

SEGUNDA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO

Número Único: 1045813-24.2023.8.11.0041

Classe: APELAÇÃO CÍVEL (198)

Assunto: [Práticas Abusivas, Irregularidade no atendimento, Efeitos, Tratamento médico-hospitalar]

Relator: Des(a). MARILSEN ANDRADE ADDARIO

Turma Julgadora: [DES(A). MARILSEN ANDRADE ADDARIO, DES(A). MARIA HELENA GARGAGLION

Parte(s):

[----- (APELANTE), IRENI BATISTA DA COSTA - CPF: 037.585.871-74 (ADVOGADO), -----
(APELANTE), ----- (APELANTE), SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE - CNPJ:
01.685.053/0001-56 (APELADO), DENNER DE BARROS E MASCARENHAS BARBOSA - CPF:
568.962.041-68 (ADVOGADO), MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO - CNPJ:
14.921.092/0001-57 (CUSTOS LEGIS), ----- (REPRESENTANTE/NOTICIANTE)]

A C Ó R D ã O

Vistos, relatados e discutidos os autos em epígrafe, a SEGUNDA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso, sob a Presidência Des(a). MARIA HELENA GARGAGLIONE POVOAS, por meio da Turma Julgadora, proferiu a seguinte decisão:

RECURSO DESPROVIDO. UNANIME.

E M E N T A

E M E N T A

RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DE SAÚDE - BENEFICIÁRIO MENOR DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR - PRETENSÃO DE CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO JUNTO À CLÍNICA NÃO CREDENCIADA PARA MANUTENÇÃO DO VÍNCULO FORMADO - INVIABILIDADE - DISPONIBILIZAÇÃO DE CLÍNICAS CREDENCIADAS PELA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE - OPÇÃO DO BENEFICIÁRIO DE ESCOLHA DO PROFISSIONAL - REEMBOLSO DAS DESPESAS NOS



LIMITES DO SEGURO CONTRATADO E DA TABELA DE PREÇOS DA SEGURADORA - RECURSO DESPROVIDO.

A operadora de plano de saúde deve custear o tratamento multidisciplinar, conforme prescrição médica, eis que se mostram como métodos eficientes de reabilitação do paciente.

A seguradora não pode obstar o paciente de realizar tratamento no local que melhor se adequa às suas necessidades, seja a clínica credenciada ou não, não cabendo à operadora do plano de saúde ou ao judiciário desconsiderar indicação médica, todavia, optando o segurado pela realização do tratamento em clínica particular, cabe o reembolso das despesas nos limites do seguro contratado e da tabela de preços da seguradora, conforme previsão legal e contratual.-

RELATÓRIO

RELATÓRIO

EXMA. SRA. DESA. MARILSEN ANDRADE ADDARIO

Egrégia Câmara:

Trata-se de recurso de Apelação Cível interposto por ----- representado pela genitora ----- contra a sentença (Id.

230359688) proferida na *Ação de Obrigação de Fazer* ajuizada em face de **SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE**, que julgou improcedentes os pedidos da ação, condenando os autores em custas, despesas processuais e honorários advocatícios, estes fixados em 15% do valor atualizado da causa, nos termos dos artigos 85, §2º, do CPC.

Em suas razões recursais (Id. 230359690) a recorrente aduz, em síntese, que os autores, conforme sentença proferida no processo 019298-83.2022.8.11.0041, são pessoas com transtorno do espectro autista (CID 10 F 84.0 – autismo infantil), com impacto em múltiplas áreas do seu desenvolvimento, necessitando de acompanhamento diário, sistemático e eficaz, a ser realizado por equipe multidisciplinar integrada para que possa ser habilitado/reabilitado de modo a minimizar e/ou pôr fim às sequelas advindas do autismo infantil.



Assevera que o relatório da médica que assiste aos autores desde abril /2021, datado em 20/07/2023, ressalta a importância do vínculo terapêutico formado entre os terapeutas e os pacientes ----- como parte fundamental do processo de aprendizagem que vem sendo desenvolvido durante esse período.

Alega que no incluso laudo médico, atualizado em 27/02/2024 pela neurologista infantil, os recorrentes vem tendo evoluções significativas em seu quadro clínico e é enfático ao solicitar que os profissionais não sejam trocados, indo de encontro à determinação da sentença.

Sustenta que qualquer tentativa de mudança dos profissionais que já acompanham a criança causará grave regressão em seu quadro clínico que é autismo grau III, apresenta atraso na fala, *déficit* na comunicação verbal e não verbal, dificuldade na interação social, contato visual breve, presença de movimentos estereotipados, giratórios, distúrbios do processamento sensorial, preferência por brinquedos redondos, baixo repertório de imitação, atenção compartilhada reduzida, baixo limiar à frustração, alteração sensórias, oscilações do humor e comportamentos restritos, prejudicando a sua saúde e sua autonomia na fase adulta.

Ressalta que o contrato firmado entre as partes é de adesão e de acordo com o CDC deve ser interpretado de forma mais favorável ao consumidor.

Ao final, pugna pelo provimento do recurso e reforma da sentença para que o tratamento seja mantido por tempo indeterminado, com os mesmos profissionais que já atendem os recorrentes.

Contrarrazões apresentadas no Id. 230359714 pelo desprovimento do recurso.

Parecer do Ministério Público pelo provimento parcial do recurso de apelação, de modo a manter o vínculo terapêutico dos apelantes com a clínica não credenciada, entretanto, o custeio/reembolso por parte da apelada deve ocorrer nos limites contratuais.

É o relatório.-



VOTO

EXMA. SRA. DESA. MARILSEN ANDRADE ADDARIO

Egrégia Câmara:

Do exame dos autos, verifica-se que ----- representado p
ela genitora ---- ajuizaram *Ação de Obrigação de Fazer* em face de **SUL AMERICA
COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE**, aduzindo, em síntese,
que são beneficiários do seguro saúde fornecido pela requerida e em razão do diagnóstico
de transtorno do espectro autista, a médica neurologista que os acompanha prescreveu
tratamento com equipe multidisciplinar e aplicação do método ABA.

Informou que a requerida negou autorização para o fornecimento de
profissionais especialistas, contrariando a prescrição da médica e motivando o ajuizamento
da ação de obrigação de fazer n. 1019298-83.2022.8.11.0041, em trâmite na 3ª Vara Cível.
Referida ação foi julgada parcialmente procedente para determinar que a ré custeie o
tratamento multidisciplinar dos autores ou outro indicado, dentro das horas/sessões
indicadas. Interposto recurso de apelação, este foi parcialmente provido para excluir a
condenação da requerida à prestação de serviços em ambiente escolar e/ou doméstico.
Atualmente o processo aguarda julgamento do Recurso Especial.

Asseverou que o relatório da médica que assiste aos autores orientou a
não trocar a clínica e os terapeutas que o assistem, pois causaria prejuízos e regressões ao
seu desenvolvimento, havendo a necessidade de manter os atendimentos iniciados há um
ano na Clínica ----- para manutenção do vínculo terapêutico.

Sustentou que a requerida autorizou o início do tratamento na Clínica
----- e depois cancelou a autorização e encaminhou os autores para a -----,
ignorando todo o trabalho terapêutico desenvolvido.

Ao final, postularam a procedência do pedido para condenar a
requerida à obrigação de custear/autorizar a manutenção do tratamento prescrito na Clínica
-----.

Ao sentenciar, a magistrada singular, *Dra. Ana Paula da Veiga
Carlota Miranda*, julgou improcedentes os pedidos da ação.



Inconformada, recorre a parte autora, ora apelante.

Pois bem.

A controvérsia reside na alegação de abusividade praticada pela requerida consubstanciada no vínculo contratual mantido entre as partes e na imprescindibilidade de continuidade do tratamento multidisciplinar prescrito aos autores com os mesmos profissionais, não credenciados.

Inicialmente, convém destacar que as operadoras de planos de saúde estão enquadradas no conceito de fornecedor, previsto no artigo 3º do CDC, sendo seus conveniados considerados consumidores, para todos os fins de direito.

Inclusive a matéria é sumulada: “*aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde*” - Súmula 469 do STJ.

Assim, incide, na espécie, o artigo 47 do Código Consumerista, o qual determina a interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor:

Artigo 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.

Isso significa que a cláusula abusiva do contrato poderá ser excluída, cabendo ao magistrado rever o contato, buscando sua conservação e distribuindo equitativamente os direitos e deveres entre as partes a fim de manter a harmonia entre o consumidor e o fornecedor (art. 51, IV, do CDC).

No caso, infere-se que os autores/apelantes são beneficiários da requerida/apelada por meio do Plano 557 Amb. e Hosp. c/ Obst. – Exato Enfermaria - Sem Coparticipação (Id. 230359176).

Em razão do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (CID F84.0) dos dois autores, houve a prescrição, pela médica responsável, de acompanhamento multidisciplinar, quais sejam: fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, psicopedagogia, musicoterapia, hidroterapia e equoterapia (Ids. 230359179 e 230359181).

Consta ainda dos laudos médicos acostados a importância de manter o tratamento com os profissionais com quem já possui vínculo.

De se ressaltar que a Resolução Normativa n. 469/2021 alterou a RN n. 465/2021, para regulamentar a cobertura obrigatória de tratamento multidisciplinar para portadores de Transtornos do Espectro Autista - CID F-84 e de Transtornos Globais do Desenvolvimento.



Acerca da matéria, em recente julgado pela forma dos recursos repetitivos, a colenda Segunda Seção do STJ sufragou o entendimento segundo o qual, em regra, o Rol da ANS é taxativo, desobrigando, assim, as operadoras e seguradoras de saúde ao custeio de tratamentos, procedimentos, terapias, medicamentos, lá não previstos expressamente.

Contudo, salientou o relator, Ministro Salomão, que, em diversas situações, é possível ao Judiciário determinar que o plano garanta ao beneficiário a cobertura de procedimento não previsto pela agência reguladora, a depender de critérios técnicos e da demonstração da necessidade e da pertinência do tratamento.

Isso quer dizer que, não havendo substituto terapêutico, a título excepcional, os planos de saúde deverão custear o tratamento indicado pelo especialista, desde que demonstrado pelo requerente que:

“(i) não tenha sido indeferido 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 técnica 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 a d c a u s a m d a A N S . ”

<https://www.migalhas.com.br/quentes/367646/stj-define-que-rol-da-ans-e-taxativo>

Além disso, a ANS editou a Resolução Normativa n. 539, de 23/06/2022, que altera a Resolução Normativa - RN n. 465/2021, e dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtorno do espectro autista e outros transtornos globais do desenvolvimento.



Observa-se que no art. 6º, § 4º da Resolução Normativa n. 539 de 23/06/2022 dispõe que para a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento dos 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.

Assim, a operadora de plano de saúde deve custear o tratamento multidisciplinar dos autores com profissionais aptos a executar o método ou técnica indicados pelo médico que trata o paciente, que se mostram como métodos eficientes de reabilitação da pessoa com deficiência.

Na hipótese dos autos, em que pese os autores terem iniciado o tratamento multidisciplinar em clínica não credenciada (-----) por força de decisão judicial, atualmente a operadora do plano de saúde assinalou que credenciou duas clínicas aptas para fornecer todos os tratamentos realizados pelos apelantes, comunicando que os pacientes fossem transferidos para uma dessas unidades.

Logo, não houve negativa do tratamento especializado aos menores, apenas direcionamento às clínicas então credenciadas, agindo a operadora do plano de saúde conforme faculdade do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/98, aplicável à matéria, senão vejamos:

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;



Inclusive, a própria seguradora informa em suas contrarrazões que nas cláusulas do contrato entre as partes dispõem que o beneficiário pode optar por realizar seu tratamento em rede particular e posteriormente solicitar o reembolso das despesas cobertas, comprovadamente pagas, as quais serão reembolsadas nos limites do contrato.

Como bem ponderado pelo representante ministerial, é certo que a operadora de saúde não pode obstar o paciente de realizar tratamento no local que melhor se adequa às suas necessidades, seja a clínica credenciada ou não, não cabendo ao plano ou ao judiciário desconsiderar indicação médica.

Nessas condições, diante da disponibilização das terapias em clínicas credenciadas, optando a família dos menores/apelantes pela realização do tratamento em clínica particular, cabe o reembolso das despesas, o qual deverá se dar nos limites do seguro contratado e da tabela de preços da seguradora, conforme previsão legal e contratual.

A propósito:

*RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – DIREITO DO CONSUMIDOR - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL E MATERIAL – AUTORA DIAGNOSTICADA COM ‘MALFORMAÇÃO CONGÊNITA E MICROCEFALIA’ - NECESSIDADE DE TRATAMENTO E EXAMES INDICADOS PELO MÉDICO ESPECIALIZADO – RECOMENDAÇÃO DE TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES (FONOAUDIOLOGIA, PSICOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL E COMPORTAMENTAL) – MÉTODO BOBATH E ABA - ROL DA ANS – EXEMPLIFICATIVO – EXISTÊNCIA DE NORMA (RESOLUÇÃO N. 539/2022) – OBRIGATORIEDADE DO FORNECIMENTO DO TRATAMENTO, QUE INCLUI COBERTURA PARA BENEFICIÁRIOS DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E OUTROS TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – **TRATAMENTO MÉDICO EM REDE NÃO CREDENCIADA - REEMBOLSO - LIMITAÇÃO - PREÇOS DE TABELA EFETIVAMENTE CONTRATADOS COM A OPERADORA-** SENTENÇA MANTIDA – RECURSO DESPROVIDO. Aplica-se a legislação*



*consumerista aos feitos que envolvem planos de saúde e negativa de coberturas aos pacientes beneficiários do plano contratado. Ainda que não constasse rol de procedimentos da ANS, havendo expressa indicação de tratamento por médico especializado, não compete à operadora do plano de saúde discutir sobre a pertinência ou não da prescrição propriamente dita. Não cabe ao plano de saúde avaliar a necessidade da realização dos exames e tratamentos indicados, incumbência essa que pertence ao profissional da medicina que assiste o paciente. Nos termos do § 4.º do artigo 6.º da Resolução Normativa - RN n.º 465, incluído pela Resolução Normativa ANS n.º 539, de 23 de junho de 2022, 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. **Conforme entendimento do Superior Tribunal de Justiça, nos casos em que não seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, a operadora de assistência à saúde deve responsabilizar-se pelo custeio das despesas médicas realizadas pelo segurado, mediante reembolso. O reembolso, porém, é limitado aos preços de tabela efetivamente contratados com a operadora de saúde, à luz do art. 12, VI, da Lei n.º 9.656/98, sendo, portanto, lícita a cláusula contratual que prevê tal restrição.**(N.U 1023318-59.2018.8.11.0041, CÂMARAS ISOLADAS CÍVEIS DE DIREITO PRIVADO, SEBASTIAO BARBOSA FARIAS, Primeira Câmara de Direito Privado, Julgado em 14/11/2023, Publicado no DJE 16/11/2023).*

APELAÇÃO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICAS C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – ATENDIMENTO POR PROFISSIONAL NÃO CREDENCIADO – AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE ESTABELECIMENTO E PROFISSIONAIS HABILITADOS NA REDE CREDENCIADA PARA O CASO DA AUTORA – CUSTEIO DO TRATAMENTO PELA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE – POSSIBILIDADE,



*OBSERVADOS OS LIMITES DA TABELA CONTRATADA – PAGAMENTO DA DIFERENÇA PELO USUÁRIO – REEMBOLSO PARCIAL ADEQUADO – RECURSO DESPROVIDO. Os planos de saúde podem, por expressa disposição contratual, restringir as enfermidades a serem cobertas, mas não podem limitar os tratamentos a serem realizados, inclusive os equipamentos e medicamentos necessários à realização dos procedimentos. **Verificada a necessidade de atendimento por profissional especializado, ainda que não credenciado, deve a operadora custear os referidos tratamentos, com a condição da cooperativa arcar com as despesas médicas dentro dos parâmetros da sua tabela, cabendo, portanto, ao paciente, o pagamento da diferença.**” (TJ-MT 10047647620188110041, Quarta Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Guiomar Teodoro Borges, j. 02.12.2020).*

Deveras, não se pode impor à operadora/seguradora de saúde que possua rede credenciada própria, como no caso, o custeio do tratamento multidisciplinar em local e com os profissionais pretendidos pelo usuário, sob pena de prejuízo a toda a comunidade de usuários integrantes do plano de saúde ou do seguro saúde.

Ante o exposto, **nego provimento** ao recurso.

É como voto.-

Data da sessão: Cuiabá-MT, 11/09/2024

