



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Gabinete do Des. Gabriel de Oliveira Cavalcanti Filho (6ª CC)

6ª CÂMARA CÍVEL

APELAÇÃO CÍVEL: Nº 0016176-80.2024.8.17.2001

RELATOR: DES. GABRIEL DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO

APELANTES E APELADOS: -----

APELANTE E APELADO: -----

DECISÃO TERMINATIVA MONOCRÁTICA

Trata-se de **recursos de apelação** interpostos por pelo **infante autista -----**, **representado -----**, contra sentença (ID nº **38333200** e **integrativa de ID nº 38333260**) proferida pelo **Juízo da Seção B da 12ª Vara Cível da Capital que julgou procedente em parte a ação proposta pelo consumidor.**

Na sentença, o magistrado singular, além de condenar a seguradora em arcar com a obrigação de fazer atinente à cobertura integral do tratamento multidisciplinar **em rede credenciada ou, na ausência de prestador apto, em rede particular, com custeio integral pelo demandado**, também a condenou ao pagamento do importe indenizatório de R\$ 6.000,00 (seis mil quinhentos reais) pela negativa de cobertura, com correção monetária a partir do arbitramento e juros de mora de 1% ao mês a partir da citação.

Ao final, condenou a seguradora a arcar o ônus sucumbencial na integralidade, ao passo em que arbitrou os honorários advocatícios de sucumbência no importe de 20% (vinte) por cento sobre o valor da condenação.

Irresignada, a seguradora argumenta nas razões recursais (ID nº **38333267**), em suma: que não negou a cobertura do tratamento, e que possui ampla rede qualificada para tratar o menor; que apesar da tese definida no IAC não é obrigatória a cobertura de AT em casa e na escola, porque o tratamento domiciliar é de responsabilidade da família e o escolar de responsabilidade da instituição de ensino/Estado; que o rol da ANS é taxativo; que nos termos da Lei Federal nº 14.454/2022, a cobertura de tratamento ou procedimentos fora do rol de eventos e procedimento da ANS só deve ser autorizada caso exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; que o reembolso deve se limitar aos valores da tabela do plano.

Assim, com base no exposto, **requereu o provimento integral do recurso para que seja afastada a obrigação de fazer que lhe foi imposta no que tange a cobertura integral do tratamento multidisciplinar do infante apelado.**

Por seu turno, **a parte autora também recorreu (ID nº 38333263)**, requerendo a reforma parcial da sentença para restabelecer o que foi decidido por esta 6ª Câmara Cível nos autos do agravo de instrumento de nº 000908151.2024.8.17.9000, julgamento no qual ficou estabelecido que cabe à seguradora custear o tratamento multidisciplinar em rede particular quando comprovada a negativa administrativa de cobertura, ou diante da inaptidão ou



indisponibilidade de prestador credenciado, bem como a obrigatoriedade de cobertura de todas as terapêuticas indicadas pelo profissional que assiste o paciente, incluindo métodos ou técnicas específicas, assim como o tratamento deve ser fornecido por prestador apto, devidamente qualificado e especializado nas terapias prescritas.

Ato contínuo, inobstante ambas as partes tenham sido intimadas, apenas a parte autora apresentou suas **contrarrazões, no ID nº 38333272.**

Por fim, foi apresentado parecer da **Procuradoria de Justiça no ID nº 39136767**, por meio do qual o Procurador subscrito pugna pelo improvimento do recurso interposto pela seguradora, argumentando que diante da impossibilidade de tratamento do infante dentro da rede credenciada, o mesmo deverá ser realizado no prestador indicado, por meio de reembolso integral, até que o plano de saúde indique clínica/profissionais aptos e com efetiva disponibilidade de horários e profissionais qualificados para atender a prescrição médica, consoante tese 1.2 e 1.3 do IAC de nº001895281.2019.8.17.90000.

É o relatório no essencial. Decido.

De início, observo que ambos os recursos se apresentam em condições de um juízo de admissibilidade positivo, porquanto restam atendidos os pressupostos recursais que lhe são inerentes, preconizados pelos artigos 1.009 e seguintes do CPC/15.

Ora, em suma, **os pontos controvertidos apresentados nos instrumentos recursais são atinentes à: obrigatoriedade ou não de cobertura de tratamento multidisciplinar, incluindo todas as terapias prescritas, inclusive em ambiente domiciliar e escolar; reembolso e/ou cobertura integral de tratamento realizado em prestador particular; reparação civil e majoração do *quantum* indenizatório diante da negativa de cobertura.**

Feitas essas considerações, destaco que a matéria em análise não comporta maiores discussões, porquanto, **restou consolidado no julgamento do IAC de nº0018952-81.2019.8.17.90000 que é obrigatória a cobertura integral pelos planos de saúde do tratamento multidisciplinar para pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista, devendo a cobertura se dar nos moldes prescritos pelos médicos assistentes dos pacientes e em clínica particular indicada, na ausência de prestador credenciado qualificado ou com disponibilidade para a realização das terapêuticas indicadas.**

Por seu turno, restou comprovado nos autos que inobstante tenha havido a busca administrativa para realização do tratamento em rede credenciada, houve, além da negativa administrativa inicial de cobertura, com ausência de indicação de prestadores de serviços com a devida qualificação/certificações necessárias à sua consecução de forma exitosa, houve recalitrância no cumprimento das determinações judiciais de cobertura.

Assim, resta patente falha na prestação de serviços, razão pela qual a parte autora foi compelida a requer a cobertura integral em clínica particular.

Neste aspecto, destaco mais uma vez que, conforme restou consolidado no julgamento do IAC, retrocitado:

*(...)Tese 2.0 - As terapias especiais de hidroterapia, equoterapia, musicoterapia, psicopedagogia e psicomotricidade, quando aplicadas por profissionais da área de saúde, têm obrigatoriedade de cobertura pelas operadoras de planos de saúde. Tese 2.1 - **Comprovada a inaptidão e/ou indisponibilidade da rede credenciada para oferecer atendimento por prestador apto a executar as terapias especiais de hidroterapia, equoterapia, musicoterapia, psicopedagogia e psicomotricidade, indicadas pelo médico assistente para tratar doença ou agravo do paciente com TEA – Transtorno do Espectro Autista, cabe o custeio pelo plano de saúde do mesmo tratamento na rede particular, consoante dispõe a Resolução Normativa nº 539/2022 da ANS. Tese 2.2 – O reembolso para as terapias especiais de cobertura obrigatória de hidroterapia, equoterapia, musicoterapia, psicopedagogia e psicomotricidade: a) será nos termos do contrato, consoante previsto no art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, para os casos em que, mesmo havendo a prestação adequada da terapia na rede credenciada, o beneficiário optar por realizá-la na rede particular; b) será integral, no prazo de 30 (trinta) dias, quando a operadora descumprir o seu dever de garantir o atendimento, ante***



a indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial conveniada, nos termos do art. 9º da

Resolução da ANS nº 259/2011; c) será integral, no prazo de 30 (trinta) dias, por recusa manifestamente indevida de cobertura pelo plano de saúde, o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento(...)(TJPE, IAC nº 0018952-81.2019.8.17.9000, Seção Cível, Julgado em 08.08.2022) – grifos acrescidos

Portanto, não restam dúvidas de que cabe à seguradora custear o tratamento multidisciplinar em rede particular quando comprovada a negativa administrativa de cobertura, ou diante da inaptidão ou indisponibilidade de prestador credenciado, sendo esta a hipótese do caso em análise.

Ademais, apenas reforçando o teor do julgamento citado, destaco que nos termos do art. 6º, §4º, da Resolução Normativa de nº539/2022 da ANS, que alterou a RN de nº 465/2021, **resta patente a obrigatoriedade de cobertura de todas as terapêuticas indicadas pelo profissional que assiste o paciente, incluindo métodos ou técnicas específicas, assim como o tratamento deve ser fornecido por prestador apto, devidamente qualificado e especializado nas terapias prescritas.**

Por oportuno, trago, *in verbis*, o referido dispositivo normativo:

§4º 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 o u a g r a v o d o p a c i e n t e . " (D i s p o n í v e l e m : <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDI1Ng==>)

Neste mesmo sentido, trago recente julgado do Superior Tribunal de Justiça:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. VIOLAÇÃO AO ART. 1.022, II, DO CPC/2015. NÃO OCORRÊNCIA. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA. PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO. REEMBOLSO INTEGRAL. INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR NA REDE CREDENCIADA.

PRECEDENTES. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO. 1. Não ficou configurada a violação ao art. 1.022 do CPC/2015, uma vez que o Tribunal de origem se manifestou de forma fundamentada sobre todas as questões necessárias para o deslinde da controvérsia. 2. Com efeito, a Segunda Seção desta Corte Superior, apesar de ter formado precedente pelo caráter taxativo do Rol da ANS, manteve o entendimento pela abusividade da recusa de cobertura e da limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar para os beneficiários com diagnóstico de "Transtorno do Espectro Autista" (EREsp n. 1.889.704/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022, sem grifo no original). 3. Superveniência de normas regulamentares de regência e de determinações da ANS que tornaram expressamente obrigatória a cobertura de qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente, em número ilimitado de sessões com fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, para o tratamento/manejo do transtorno do espectro autista (TEA). 4. A Corte Especial do STJ orienta que o julgador se vincula apenas aos precedentes existentes no momento em que presta sua jurisdição. 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" (Aglnt no Aglnt nos EDcl no AREsp 1.704.048/SP, Relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 24/8/2021, DJe 1º/9/2021). 6. Agravo interno improvido. (STJ, Aglnt no AREsp n. 2.342.168/RJ, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 21/8/2023, DJe de 23/8/2023.) - destaquei

Outrossim, quanto ao tratamento com o método ABA, o STJ possui entendimento pacificado quanto ao dever de cobertura, senão vejamos abaixo julgado recente:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TERAPIA MULTIDISCIPLINAR ABA. PACIENTE DIAGNOSTICADO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA. JURISPRUDÊNCIA PACÍFICA DESTA CORTE SUPERIOR ACERCA DA ABUSIVIDADE DA LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES DE TERAPIA MULTIDISCIPLINAR. APLICAÇÃO RETROATIVA DA RN ANS 469/2021 E 593/2022. NÃO OCORRÊNCIA. PRECEDENTE DA TAXATIVIDADE DO ROL. INAPLICABILIDADE AOS CASOS DE TERAPIA MULTIDISCIPLINAR. 1. Controvérsia pertinente à cobertura de terapia multidisciplinar sem limite de número de sessões a paciente diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista - TEA. 2. Jurisprudência pacificada no âmbito desta Turma no sentido da abusividade da limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar a paciente diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista - TEA. 3. Superveniência de normas regulatórias excluindo a limitação do número de sessões de fisioterapia, terapia ocupacional e psicoterapia (RN ANS 469/2021 e 593/2022). 4. As novidades regulatórias apenas confirmaram o acerto da conclusão a que havia chegado a Terceira Turma desta Corte Superior pela obrigatoriedade de cobertura da terapia multidisciplinar, embora com fundamento no caráter exemplificativo do Rol da ANS. 5. A hipótese de terapia multidisciplinar foi expressamente admitida como uma mitigação da taxatividade pela Segunda Seção, por ocasião do julgamento dos EREsp n. 1.889.704/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão. Agravo interno improvido. (Aglnt no REsp n. 1.937.109/DF, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 18/9/2023, DJe de 20/9/2023.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO CONDENATÓRIO - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA DEMANDADA. 1. Não há que falar em violação ao art. 1022 Código de Processo Civil/15 quando a matéria em exame foi devidamente enfrentada pelo Tribunal de origem, que emitiu pronunciamento de forma fundamentada, ainda que em sentido diverso à pretensão da parte recorrente. 2. É devida a cobertura do tratamento de psicoterapia, 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. A falta de prequestionamento da matéria suscitada no recurso especial, a despeito da oposição de aclaratórios, impede seu



Assim, todos os argumentos da seguradora quanto ao não cabimento de cobertura de AT, do método ABA, musicoterapia, bem como do reembolso integral, diante da realização do tratamento em clínica particular, restam superados pela jurisprudência e regulamentos da ANS retrocitados.

Destaque-se ainda que o que se observa em demandas como a presente é o fato de que muitas seguradoras apenas apresentam prestador credenciado para a realização dos tratamentos multidisciplinares após a judicialização da celeuma, ou, até apresentam rede credenciada, a qual muitas vezes padece de qualificação necessária, ou de horários para a realização do tratamento pelos segurados.

Entendo, neste aspecto, que apenas após comprovação da qualificação da rede credenciada, e a comprovação de disponibilidade de dias/horários para a realização do tratamento é que podemos mitigar a utilização de rede particular.

Outrossim, tais critérios apenas podem ser analisados de forma acurada na fase de instrução processual, **cabará à seguradora, em tal momento processual, provar que possui clínica credenciada apta a tratar a parte autora nos métodos prescritos por seu médico assistente, com base no que preconiza o inciso VIII, do artigo 6º do CDC, bem como a teor do inciso II, do artigo 373 do CPC/15, ou mediante comprovação inequívoca em sede de cumprimento de sentença.**

Diante do exposto, **uma vez que a pretensão recursal da seguradora está diametralmente oposta ao que restou consolidado no julgamento do IAC de nº0018952-81.2019.8.17.90000, bem como do entendimento pacificado do Superior Tribunal de Justiça, não merece acolhimento o leito recursal da seguradora.**

Outrossim, uma vez que obrigatória a cobertura do tratamento pleiteado na exordial do processo principal, a conduta das partes está limitada pelos princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato – previstos no artigo 421 e 422 do Código Civil -, sob pena de configuração de ato ilícito por abuso de direito, nos termos do artigo 187 do Código Civil, logo, a partir de tais princípios, se infere que a seguradora está obrigada ao fornecimento de tratamento de saúde a que se comprometeu por contrato.

Por seu turno, uma vez que houve a negativa abusiva de cobertura integral, entendo que cabível a condenação da seguradora ré em reparar civilmente o demandante pelos danos morais experimentados.

Ressalto ainda que nos termos do item 11 das teses firmadas no IAC, restou consolidado que “(...)11. **A indenização por dano moral em caso de descumprimento contratual de plano de saúde trata-se de exceção, e somente é concedida quando a negativa da operadora evidencia má-fé e/ou coloca em risco a vida do paciente, especialmente em procedimentos emergenciais, quando então se considera que ultrapassa o mero dissabor ou aborrecimento. Contudo, nos casos em que não existe dúvida razoável acerca da obrigação de cobertura contratual, a sua negativa se caracteriza abusiva e ilegal, sendo os planos de saúde passíveis de responder civilmente;(...)” (TJPE, IAC nº 0018952-81.2019.8.17.9000, Seção Cível, Julgado em 08.08.2022) – grifos acrescidos**

Decerto, o infante e sua família experimentaram angústia e sofrimento ao se ver diante da possibilidade de interromper seu tratamento, o que colocaria em risco a evolução do seu quadro clínico.

Neste sentido, trago a colação o seguinte julgado do STJ, a saber:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. ILEGALIDADE. SERVIÇO INEXISTENTE NA REDE CONVENIADA. REEMBOLSO INTEGRAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. POSSIBILIDADE. DANO MORAL. VALOR. REEXAME DE FATOS E PROVAS. SÚMULA N. 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. 1. Inexiste afronta ao art. 1.022 do CPC/2015 quando a Corte local pronunciou-se, de forma clara e suficiente, acerca das questões suscitadas nos autos, manifestando-se sobre todos os argumentos que, em tese, poderiam infirmar a conclusão adotada pelo



Juízo. 2. Segundo a jurisprudência desta Corte Superior, "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, Segunda Seção, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020). 3. Na presente controvérsia, 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). 4. Consoante entendimento do STJ, "a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário" (AgInt nos EDcl no REsp 1.963.420/SP, Relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado 14/2/2022, DJe de 21/2/2022). 5. Apenas em hipóteses excepcionais, quando irrisório ou exorbitante o valor da indenização por danos morais arbitrado na origem, a jurisprudência desta Corte permite o afastamento da Súmula n. 7/STJ, para possibilitar a revisão. No caso, o montante estabelecido pelo Tribunal de origem não se mostra excessivo, a justificar sua reavaliação em recurso especial. 6. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 2.274.596/RJ, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 28/8/2023, DJe de 31/8/2023.)

Caracterizado, pois, o dano moral, deve-se buscar um equilíbrio quanto ao arbitramento do valor da indenização.

Ora, na fixação da verba indenizatória pelo dano moral puro, o juiz deve atentar para os motivos, as circunstâncias e as consequências da ofensa, bem como para a situação de fato e o grau de culpa com que agiu o ofensor.

Por conseguinte, não basta estipular que a reparação se mede pela extensão do dano. Os dois critérios que devem ser utilizados para a fixação do dano moral são a compensação ao lesado e o desestímulo ao lesante.

Inserem-se nesse contexto fatores subjetivos e objetivos, relacionados às pessoas envolvidas, como análise do grau da culpa do lesante, de eventual participação do lesado no evento danoso, da situação econômica das partes e da proporcionalidade ao proveito obtido com o ilícito.

Dito isso, a partir dos critérios acima mencionados, **entendo que, no caso concreto, o valor arbitrado pelo magistrado de piso no importe de R\$6.000,00 (seis mil reais) está dentro dos parâmetros da razoabilidade e proporcionalidade, razão pela qual deve ser mantido, não comportando a sua majoração.**

Destaque-se o referido valor se mostra adequado à reparação civil do autor, levando em conta, de modo razoável e proporcional, o dano por ele suportado, o efeito pedagógico da medida que ora se impõe à seguradora, sem, no entanto, implicar em enriquecimento ilícito.

Com efeito, o patamar indenizatório arbitrado também leva em consideração o fato de que a seguradora irá custear tratamento contínuo e de alto custo.

Deste modo, com base no exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso interposto pela seguradora e **DOU PROVIMENTO** ao recurso do consumidor para manter incólume a decisão proferida por esta 6ª Câmara Cível nos autos do agravo de instrumento de nº 0009081-51.2024.8.17.9000, o que faço monocraticamente, com fulcro no art. 932, inciso IV, alínea c, do CPC/15.



Intime-se, em caráter de urgência, a seguradora ré para que tome ciência da presente decisão e a cumpra.

Após transcurso dos prazos e ausência de notícia de descumprimento da decisão, certifique-se o trânsito em julgado e proceda-se com a posterior baixa na distribuição e arquivamento dos presentes autos.

Intime-se. Cumpra-se.
Recife, data da certificação
digital.

GABRIEL DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO

Desembargador Relator

