



06/05/2025

Número: **0806193-31.2023.8.14.0000**

Classe: **AGRAVO DE INSTRUMENTO**

Órgão julgador colegiado: **1ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargador LEONARDO DE NORONHA TAVARES**

Última distribuição : **19/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Processo referência: **0806261-60.2023.8.14.0006**

Assuntos: **Prestação de Serviços**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Advogados
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (AGRAVANTE)	DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO) ARTHUR LAERCIO HOMCI DA COSTA SILVA (ADVOGADO)
LORENA DE NAZARE MARCAL DE SOUZA SANOVA (AGRAVADO)	AVERALDO PEREIRA LIMA FILHO (ADVOGADO)
E. M. S. S. (AGRAVADO)	AVERALDO PEREIRA LIMA FILHO (ADVOGADO)

Outros participantes	
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (AUTORIDADE)	

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
25340205	07/03/2025 16:55	Acórdão	Acórdão

AGRAVO DE INSTRUMENTO (202) - 0806193-31.2023.8.14.0000

AGRAVANTE: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

AGRAVADO: E. M. S. S., LORENA DE NAZARE MARCAL DE SOUZA SANOVA

RELATOR(A): Desembargador LEONARDO DE NORONHA TAVARES

EMENTA

Ementa: DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO. OBRIGATORIEDADE DE CUSTEIO DE TRATAMENTO PARA TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE - TDAH. RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Trata-se de agravo interno interposto pela Unimed de Belém contra decisão monocrática que negou provimento ao Agravo de Instrumento manejado contra decisão interlocutória que concedeu a tutela provisória, determinando que a UNIMED custeasse integralmente o tratamento multidisciplinar do infante na Clínica Comunica Kids, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00, limitada a R\$ 30.000,00, nos termos da recomendação médica. A recorrente sustenta que o tratamento deve ser realizado em clínicas credenciadas, sem custeio de tratamentos fora da rede.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em:

(i) saber se a operadora de plano de saúde é obrigada a custear tratamento em clínica fora da rede credenciada, conforme prescrição médica para tratamento de Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade - TDAH.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A cobertura do tratamento multidisciplinar fora da rede credenciada é garantida quando não há prestador apto na rede credenciada, conforme entendimento do STJ e da ANS, nos termos da Resolução Normativa 539/2022.

IV. DISPOSITIVO E TESE

5. Agravo interno conhecido e desprovido.

"Tese de julgamento: "O plano de saúde deve custear tratamento multidisciplinar fora da rede credenciada, quando não há prestador apto na rede contratada para a realização do tratamento prescrito".



RELATÓRIO

SECRETARIA ÚNICA DE DIREITO PÚBLICO E PRIVADO

1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

COMARCA DE ANANINDEUA/PA

AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 0806193-31.2023.8.14.0000

AGRAVANTE: UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

AGRAVADO: E. M. S. S., REPRESENTADO POR SUA GENITORA L. D. N. M. D. S.

RELATOR: DES. LEONARDO DE NORONHA TAVARES

-

RELATÓRIO

O EXMO. SR. DESEMBARGADOR LEONARDO DE NORONHA TAVARES:

Trata-se de Agravo Interno interposto por UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO contra a decisão monocrática de minha lavra (Id. 22120313), que negou provimento ao recurso de Agravo de Instrumento interposto pela ora recorrente, cuja ementa restou assim vazada:

“Ementa: DIREITO DO CONSUMIDOR E PLANO DE SAÚDE. AGRAVO DE INSTRUMENTO. CUSTEIO DE TRATAMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. CLÍNICA ESPECIALIZADA. IMPOSSIBILIDADE DE OFERTA DE PROFISSIONAIS COM DISPONIBILIDADE IMEDIATA PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO DA DECISÃO. RECURSO DESPROVIDO. I. CASO EM EXAME

1. Agravo de instrumento interposto pela UNIMED de Belém contra decisão que determinou o custeio integral de tratamento multidisciplinar de menor diagnosticado com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), em clínica não credenciada pela operadora de saúde. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em saber se é legítima a imposição de custeio de tratamento



fora da rede credenciada quando a operadora alega dispor de profissionais habilitados na própria rede, mas sem comprovar a disponibilidade imediata de atendimento. III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A Resolução Normativa ANS nº 259/2011 admite o atendimento fora da rede credenciada apenas quando não houver disponibilidade imediata e ilimitada de prestadores habilitados na rede.

4. Não houve comprovação pela UNIMED da existência de prestadores com disponibilidade imediato e ilimitado para o atendimento imediato das necessidades do menor.

5. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor, que garante a interpretação mais favorável ao consumidor em caso de dúvida sobre o cumprimento do contrato. IV. DISPOSITIVO E TESE

6. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: "Em casos de necessidade comprovada de tratamento multidisciplinar para menor, a ausência de disponibilidade imediata e ilimitada de profissionais da rede credenciada justifica o custeio do tratamento fora da rede credenciada."

Dispositivos relevantes citados: CF/1988, art. 196; CDC, arts. 47 e 54, § 4º, Resolução Normativa ANS nº 259/2011."

Na origem, trata-se de ação movida pelo recorrido, requerendo a concessão de tutela provisória para que a UNIMED BELÉM custeasse integralmente o tratamento multidisciplinar do infante na Clínica Comunica Kids, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00, limitada a R\$ 30.000,00, nos termos da recomendação médica, alegando que a operadora de saúde não forneceu profissionais ou clínicas adequados para realizar as terapias prescritas.

A Unimed, em agravo de instrumento, alegou que há clínicas e profissionais credenciados em sua rede aptos a realizar o tratamento. Sustentou, ainda, que o autor da ação pretende realizar o tratamento em local de sua preferência, desconsiderando a rede credenciada, o que viola as normas contratuais e regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Alegou que a decisão recorrida impôs uma obrigação desnecessária, dado que a rede da UNIMED oferece clínicas adequadas para as terapias solicitadas. A decisão monocrática/ora recorrida negou provimento ao recurso da Unimed, mantendo a decisão interlocutória agravada.

Nas razões do agravo interno, a recorrente alega que a decisão monocrática merece ser revista pelo órgão colegiado, argumentando que os tratamentos solicitados podem ser realizados na rede credenciada, o que inviabilizaria o custeio de clínicas não conveniadas.

Ao final, a Unimed requer a reforma da decisão monocrática para que seu recurso de agravo de instrumento seja provido, a fim de ser reconhecida a impossibilidade de custeio de tratamentos fora da rede credenciada.

O agravado apresentou contrarrazões sob o Id. 23639448, pugnando pela manutenção da decisão recorrida.

Éo relatório.

Incluído o feito em pauta de julgamento (PLENÁRIO VIRTUAL).



VOTO

VOTO

O EXMO. SR. DESEMBARGADOR LEONARDO DE NORONHA TAVARES (RELATOR):

Conheço do recurso, uma vez que preenchidos os seus requisitos de admissibilidade recursal.

Anoto que apesar de respeitáveis as considerações da parte recorrente, suas razões não são capazes de refutar os argumentos empregados na decisão monocrática hostilizada.

Pretende a parte agravante, em suas razões recursais, a reforma da decisão que julgou desprovido, monocraticamente, o recurso de Agravo de Instrumento interposto pela ora recorrente.

O recurso do agravo interno (CPC, art. 1.021, *caput*) é o instrumento colocado à disposição das partes para combater as decisões monocraticamente proferidas pelo relator. Sua função precípua é controlar a atividade, exorbitante ou não, desempenhada pelo magistrado, podendo ser alegado vício de atividade e vício de juízo, no todo ou em parte.

No que tange ao mérito propriamente dito do caso concreto, conforme anotei, o profissional que acompanha o menor entende que os tratamentos requeridos na inicial são adequados para garantir sua saúde e devem ser custeados pelo convênio na forma prescrita. Sendo que, na hipótese, o contrato de plano de saúde envolve relação de consumo entre as partes, e desse modo, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em consonância com as normas do CDC, *ex vi* do art. 35-G, da Lei 9.656/98, *verbis*:

“Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, as disposições da Lei nº 8.078, de 1990”.

Neste sentido, já decidiu o Superior Tribunal de Justiça-STJ:

“Os contratos de seguro médico, porque de adesão, devem ser interpretados em favor do consumidor” (STJ - AGA. 311830/ SP - 3ª Turma - Rel. Min. Castro Filho - DJU 01.04.2002).

E, prosseguindo, conclui que:

“No caso em tela, a recorrente se limitou a afirmar que possui profissionais capacitados na sua rede credenciada, todavia, não trouxe comprovação da disponibilidade imediata destes especialistas, tendo em vista que a demora no tratamento implica em negativa de cobertura (...).”



Nessa direção, cito jurisprudência pátria:

“AGRAVO DE INSTRUMENTO – Cumprimento provisório de título executivo – Tutela de urgência que determinou a imediata cobertura das terapias prescritas pelo médico assistente, bem como determinou o ressarcimento integral de despesas pagas pelos representantes legais da parte, em razão do descumprimento da determinação judicial, além da cobrança de multa aplicada em razão da resistência da agravante – Insurgência da recorrente, que afirma não ter descumprido a decisão judicial, uma vez que apontou, por meio de e-mail, clínica credenciada onde o tratamento poderia ser realizado; aduz, ainda, que não previsão legal de ressarcimento integral de gastos com clínicas particulares e que a multa tem finalidade de coibir o descumprimento da decisão judicial, e não natureza indenizatória, notadamente com valor elevado, que pode causar enriquecimento sem causa – Teses da agravante que não merecem amparo – Operadora do plano de saúde que não se desincumbiu do ônus de provar que disponibilizou vaga para que o agravado fosse efetivamente atendido em clínica de sua rede credenciada, limitando-se a apontá-la em e-mail endereçado, supostamente, a responsável pelo menor usuário – Ressarcimento integral de gastos com clínica particular que não ofende a legislação vigente, posto que a previsão legal no sentido de que o reembolso se dá nos termos do contrato – Inteligência do inc. VI, do art. 12 da Lei nº 9.656/98 – Precedentes do Colendo Superior Tribunal de Justiça – Multa fixada que teve nítida natureza coercitiva, de sorte que a agravante cumprisse com a determinação judicial, e que, nem assim, surtiu efeito - Valor que não é exorbitante e, ao revés, até mesmo minimizou o valor anteriormente arbitrado, em sede de tutela de urgência – Decisão mantida – RECURSO DESPROVIDO. (TJ-SP - AI: 22057924820228260000 São Paulo, Relator: Fernando Reverendo Vidal Akaoui, Data de Julgamento: 13/04/2023, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 13/04/2023)

“PLANO DE SAÚDE. AÇÃO COMINATÓRIA. AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA DESTINADA A TRATAMENTO DE CÂNCER. DEMORA NA LIBERAÇÃO QUE EQUIVALE À RECUSA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. VALOR MAJORADO PARA R\$ 7.000,00. MONTANTE CONDIZENTE COM O QUE VENHO ARBITRANDO EM CASOS ANÁLOGOS. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA. RECURSO DA AUTORA PROVIDO EM PARTE, DA RÉ DESPROVIDO. (TJ-SP - APL: 10406351520148260002 SP 1040635-15.2014.8.26.0002, Relator: Paulo Alcides, Data de Julgamento: 09/03/2017, 28ª Câmara Extraordinária de Direito Privado, Data de Publicação: 09/03/2017)”

Registrei ainda na decisão ora recorrida que:

“(…) a Resolução Normativa ANS nº 259/2011 estabelece a possibilidade de atendimento fora da rede credenciada ou de reembolso integral de despesas suportadas pelo beneficiário, na seguinte forma: "Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011) I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011) II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011) § 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.(Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)" "Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o



beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)".

Acrescenta-se que a Resolução Normativa 539/2022 da ANS estabelece a obrigatoriedade de cobertura pelos planos de saúde para qualquer método ou técnica indicada pelo médico assistente para o tratamento de pacientes com transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o Transtorno do Espectro Autista (TEA). A partir de 1º de julho de 2022, essa resolução ampliou a cobertura para sessões ilimitadas com psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas.

Essa normativa visa garantir que os beneficiários recebam o tratamento necessário, independentemente de estar ou não no rol taxativo da ANS, reforçando o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à saúde. Nesse sentido, cito precedente:

"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 conhecimento, a teor da Súmula nº 211/STJ.

4. Agravo interno desprovido."

(AgInt no REsp n. 2.036.701/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 26/6/2023, DJe de 30/06/2023).

Na mesma direção, o tratamento multidisciplinar é de cobertura obrigatória pelo plano de saúde, vejamos:

"RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. NATUREZA TAXATIVA, EM REGRA, DO ROL DA ANS. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PRESCRITO PARA BENEFICIÁRIO PORTADOR DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. MUSICOTERAPIA. COBERTURA OBRIGATÓRIA. REEMBOLSO INTEGRAL. EXCEPCIONALIDADE.

1. Ação de obrigação de fazer, ajuizada em 23/10/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 06/04/2022 e concluso ao gabinete em 15/12/2022.



2. O propósito recursal é decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a obrigação de a operadora do plano de saúde cobrir as terapias multidisciplinares prescritas para usuário com transtorno do espectro autista, incluindo a musicoterapia; e (iii) a obrigação de reembolso integral das despesas assumidas pelo beneficiário com o custeio do tratamento realizado fora da *rede credenciada*.

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, do CPC/15.

4. Embora fixando a tese quanto à taxatividade, em regra, do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, a Segunda Seção negou provimento ao EREsp 1.889.704/SP da operadora do plano de saúde, para manter acórdão da Terceira Turma que concluiu ser abusiva a recusa de cobertura de sessões de terapias especializadas prescritas para o tratamento de transtorno do espectro autista (TEA).

5. Ao julgamento realizado pela Segunda Seção, sobrevieram diversas manifestações da ANS, no sentido de reafirmar a importância das terapias multidisciplinares para os portadores de transtornos globais do desenvolvimento, dentre os quais se inclui o transtorno do espectro autista, e de favorecer, por conseguinte, o seu tratamento integral e ilimitado.

6. A musicoterapia foi incluída à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, que visa à prevenção de agravos e à promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, do Ministério da Saúde), sendo de cobertura obrigatória no tratamento multidisciplinar, prescrito pelo médico assistente e realizado por profissional de saúde especializado para tanto, do beneficiário portador de transtorno do espectro autista.

7. Segundo a jurisprudência, 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, e, nessas circunstâncias, poderá ser limitado aos preços e às tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde.

8. Distinguem-se, da hipótese tratada na orientação jurisprudencial sobre o reembolso nos limites do contrato, as situações em que se caracteriza a inexecução do contrato pela operadora, causadora de danos materiais ao beneficiário, a ensejar o direito ao reembolso integral das despesas realizadas por este, a saber: inobservância de prestação assumida no contrato, descumprimento de ordem judicial que determina a cobertura do tratamento ou violação de atos normativos da ANS.

9. Hipótese em que deve ser mantido o tratamento multidisciplinar prescrito pelo médico assistente para o tratamento de beneficiário portador de transtorno do espectro autista, inclusive as sessões de musicoterapia, sendo devido o reembolso integral apenas se demonstrado o descumprimento da ordem judicial que deferiu a antecipação dos efeitos da tutela, observados os limites estabelecidos na sentença e no acórdão recorrido com relação à cobertura da musicoterapia e da psicopedagogia.

10. Recurso especial conhecido e desprovido."

(REsp n. 2.043.003/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 21/3/2023, DJe de 23/3/2023.)



"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TERAPIA MULTIDISCIPLINAR. EQUOTERAPIA. HIDROTERAPIA. PACIENTE DIAGNOSTICADO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA.

1. Controvérsia pertinente à cobertura de terapia multidisciplinar a paciente diagnosticado com transtorno do espectro autista.
2. Existência de manifestação técnica da ANS sobre a autonomia do terapeuta na escolha do método de terapia a ser aplicado a pacientes diagnosticados com transtornos globais do desenvolvimento. Parecer Técnico ANS 39/2021 e RN ANS 593/2022.
3. Desnecessidade de previsão específica do método terapêutico no Rol da ANS.
4. Superveniência de norma regulatória (RN ANS 541/2022) excluindo a limitação do número de sessões cobertas de fisioterapia, terapia ocupacional e psicoterapia.
5. Precedente específico da Segunda Seção no sentido da obrigatoriedade de cobertura de terapia multidisciplinar, sem limitação do número de sessões, mitigando a taxatividade do Rol da ANS.
6. Superveniência da Lei n. 14.454/2022, revigorando, com temperamentos, a tese do caráter exemplificativo do aludido rol.
7. "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" (REsp n. 2.049.092/RS, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 11/4/2023, DJe de 14/4/2023).

Agravo interno improvido."

(AgInt no REsp n. 2.049.888/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 13/11/2023, DJe de 17/11/2023.)

"CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES PARA TRATAMENTO DE PACIENTE COM SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS. ABUSIVIDADE.

1. Cinge-se a controvérsia à obrigatoriedade de o plano de saúde custear tratamento de fisioterapia e hidroterapia a paciente portador de síndrome de Ehlers-Danlos, encefalopatia crônica, epilepsia e atraso global.
2. A controvérsia sub examine foi resolvida no próprio âmbito regulatório, uma vez que a agência reguladora vem reconhecendo autonomia técnica do profissional da saúde para aplicar a terapia que entender apropriada ao quadro clínico do paciente, nos casos de transtornos globais do desenvolvimento.
3. 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).

Agravo interno improvido."

(AglInt no REsp n. 2.084.901/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 27/11/2023, DJe de 30/11/2023.)

Neste contexto, reitere-se, que não se aventa, a princípio, a possibilidade de dano irreversível em desfavor do recorrente, porquanto improcedência do pedido inicial implicará em reparação de cunho patrimonial, valor jurídico sopesado ao tutelado nos autos, qual seja, a vida e a saúde da menor.

Desta forma, diante da expressa prescrição médica e havendo cobertura contratual para a moléstia, a negativa ou limitação do tratamento pretendido se mostrou abusiva.

Diante de todas as razões expostas, mostra-se correta a decisão agravada que negou provimento ao Agravo de Instrumento, considerando que o bem jurídico ora tutelado é o direito à vida e à integridade física da criança.

Nesse contexto, saliento que a operadora deve cobrir o tratamento, mesmo fora da rede credenciada, pela ausência de comprovação da existência e suficiência da rede credenciada para cobrir o tratamento até o momento. Colaciono jurisprudência que corrobora a pretensão da Agravada:

"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."

(STJ - AgInt no AREsp: 2083773 MS 2022/0064317-0, Data de Julgamento: 13/02/2023, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 22/02/2023)

"EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E CONSUMIDOR. OMISSÃO. OCORRÊNCIA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR FORA DA *REDE CREDENCIADA*. SERVIÇO INEXISTENTE. REEMBOLSO INTEGRAL. PRECEDENTES. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO ACOLHIDOS. 1. A Segunda Seção desta Corte, no julgamento dos EREsp 1.889.704/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, julgados em 8/6/2022, reafirmou o dever da operadora do plano de saúde em custear, de forma ilimitada, as sessões de tratamento para os beneficiários com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (AgInt no AgInt no AREsp 1.696.364/SP, Relator Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 29/8/2022, DJe de 31/8/2022). 2. No caso de tratamento de cobertura obrigatória, em que não sejam ofertados serviços médicos próprios ou credenciados na localidade, a operadora do plano de saúde é responsável pelo custeio ou reembolso integral das despesas médicas realizadas pelo beneficiário.Precedentes. 3. Embargos de declaração acolhidos, a fim de sanar omissão do acórdão embargado, e, em novo julgamento, negar provimento ao recurso especial interposto pela operadora do plano de saúde ora embargada."

(STJ - EDcl no AgInt no REsp: 2062903 SP 2023/0104385-4, Relator: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 30/10/2023, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 09/11/2023)



"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. LIMITAÇÃO DE SESSÕES. DESCABIMENTO. MÉTODO ABA. AUSÊNCIA DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS NA *REDE CREDENCIADA*. TRATAMENTO NA *REDE* PARTICULAR. CUSTEIO DIRETO OU REEMBOLSO INTEGRAL. SUCUMBÊNCIA MÍNIMA. 1. O plano de saúde deve custear, diretamente ou mediante reembolso integral, sem limite de sessões e independentemente da *rede credenciada*, o tratamento do autor (3 anos de idade) com profissionais especializados no método ABA, conforme indicado pelo médico assistente, até que haja comprovação de que os profissionais credenciados contam com essa especialização para o tratamento prescrito. Precedentes. 2. Havendo sucumbência mínima do autor, a ré deve arcar integralmente com os honorários arbitrados (CPC 86 parágrafo único). 3. Deu-se parcial provimento ao apelo do autor e negou-se provimento ao apelo da ré."

(TJ-DF 07185101620218070001 1651954, Relator: SÉRGIO ROCHA, Data de Julgamento: 09/12/2022, 4ª Turma Cível, Data de Publicação: 10/01/2023)

Diante de tais fundamentos, as razões deduzidas pela parte-agravante neste agravo interno não apontam nenhum vício de atividade ou vício de juízo, no todo ou em parte, na decisão ora agravada, de modo que não ensejam qualquer modificação na decisão monocrática exarada por este Relator.

Forte em tais argumentos, conheço do agravo interno, porém, **NEGO-LHE PROVIMENTO** para manter a decisão guerreada em todos os seus termos, nos moldes da fundamentação lançada.

Éo voto.

Belém (PA), data registrada no sistema.

LEONARDO DE NORONHA TAVARES

RELATOR

Belém, 07/03/2025

