



Número: **0807455-45.2025.8.14.0000**

Classe: **AGRAVO DE INSTRUMENTO**

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

Órgão julgador: **Desembargadora MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE**

Última distribuição : **11/04/2025**

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

Processo referência: **0820942-52.2025.8.14.0301**

Assuntos: **Prestação de Serviços**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Advogados
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (AGRAVANTE)	DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)
FRANCISCO LAURO VASCONCELOS DE ANDRADE (AGRAVADO)	NELLY HAIDA BARBOSA VASCONCELOS (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
28359366	14/07/2025 22:49	Acórdão	Acórdão

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

AGRAVO DE INSTRUMENTO (202) - 0807455-45.2025.8.14.0000

AGRAVANTE: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

AGRAVADO: FRANCISCO LAURO VASCONCELOS DE ANDRADE

RELATOR(A): Desembargadora MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

EMENTA

Ementa: DIREITO CIVIL, DIREITO DO CONSUMIDOR E DIREITO PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). TERAPIA ABA. NEGATIVA TÁCITA DE COBERTURA. AUSÊNCIA DE REDE CREDENCIADA APTA. CUSTEIO INTEGRAL EM CLÍNICA PARTICULAR. REQUISITOS DA TUTELA DE URGÊNCIA PRESENTES. RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

Agravo de instrumento interposto por operadora de plano de saúde (UNIMED BELÉM) contra decisão do Juízo da 3ª Vara Cível e Empresarial de Belém que, em Ação de Obrigação de Fazer, deferiu tutela de urgência para determinar o custeio integral de tratamento multidisciplinar (Terapia ABA, 20 horas semanais) para beneficiário portador de Transtorno do Espectro Autista (TEA), em clínica particular de escolha da parte autora, diante da alegada ausência de rede credenciada apta. A Agravante sustenta ausência dos requisitos para a tutela de urgência (perigo de dano e interesse de agir), existência de rede credenciada e, subsidiariamente, pleiteia a limitação do custeio aos valores de sua tabela contratual.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

Há três questões em discussão: (i) saber se estão presentes os requisitos legais para a concessão da tutela de urgência (art. 300 do CPC), notadamente o perigo de dano e o interesse de agir, para determinar o custeio do tratamento especializado; (ii) definir se, diante da alegação de inexistência de rede credenciada apta e disponível, é legítima a determinação judicial de custeio do tratamento em clínica particular de escolha do beneficiário; e (iii) analisar a possibilidade de limitação do custeio ou reembolso aos valores da tabela contratual da operadora, caso mantida a obrigação de cobertura.



III. RAZÕES DE DECIDIR

1. Os requisitos para a concessão da tutela de urgência (art. 300 do CPC) encontram-se preenchidos, dada a necessidade do tratamento prescrito por laudo médico para o beneficiário portador de TEA e a conduta da operadora que, ao encaminhar o paciente para clínicas da rede credenciada sem disponibilidade para atendimento à solicitação médica, incorreu em negativa tácita de cobertura.
2. A relação jurídica entre a operadora de plano de saúde e o beneficiário é consumerista (Súmula 608, STJ), sendo abusiva a cláusula contratual ou a conduta que impede ou dificulta o acesso a tratamento essencial à saúde do consumidor (art. 51, CDC). A Resolução Normativa nº 539/2022 da ANS, bem como a Lei nº 12.764/2012 (Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA) e a Lei nº 14.454/2022, reforçam a obrigatoriedade da cobertura de tratamentos para TEA, incluindo terapia ABA, sem limitações indevidas de sessões.
3. A operadora não comprovou a existência de rede credenciada apta e com disponibilidade para fornecer o tratamento multidisciplinar com a carga horária e especificidade prescritas (20 horas semanais de Terapia ABA), ônus que lhe incumbia (art. 373, II, CPC).
4. Nos casos de inexistência, insuficiência ou indisponibilidade de prestador na rede credenciada, ou em situações de urgência/emergência, é dever da operadora de plano de saúde custear o tratamento realizado fora da rede conveniada, conforme art. 12, VI, da Lei nº 9.656/1998 e jurisprudência consolidada (STJ, EAREsp 1459849/ES).
5. Configurada a falha da operadora em não disponibilizar tratamento adequado em sua rede credenciada, o custeio ou reembolso das despesas realizadas em clínica particular deve ser integral. Impor a limitação aos valores da tabela da operadora, nessas circunstâncias, significaria transferir ao consumidor o ônus da ineficiência da prestadora e configuraria uma negativa parcial de cobertura, o que é vedado, especialmente diante da vulnerabilidade do beneficiário e da essencialidade do tratamento. A decisão que havia deferido parcialmente o efeito suspensivo para limitar o custeio deve ser revogada.

IV. DISPOSITIVO E TESE

Recurso conhecido e desprovido. Agravos Internos prejudicados. Decisão que deferiu parcialmente o efeito suspensivo (Id. Num. 26301629) revogada. Tese de julgamento: “1. É dever da operadora de plano de saúde custear integralmente o tratamento multidisciplinar prescrito por médico assistente para beneficiário portador de Transtorno do Espectro Autista (TEA), incluindo Terapia ABA com carga horária específica, quando demonstrada a inexistência, insuficiência ou indisponibilidade de rede credenciada apta para o atendimento.”

“2. A ausência de resposta conclusiva da operadora ou o encaminhamento do beneficiário para prestadores da rede credenciada que não possuem capacidade técnica ou disponibilidade para realizar o tratamento nos moldes prescritos equivale à negativa de cobertura, justificando a busca por tratamento em clínica particular às expensas da operadora.”

“3. Em caso de comprovada falha da operadora em prover o tratamento



necessário em sua rede credenciada, o custeio ou reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário em clínica particular deve ser integral, não se sujeitando à limitação aos valores da tabela contratual da operadora, sob pena de esvaziamento do direito à saúde e de transferência indevida do ônus da ineficiência da prestadora ao consumidor.”

Dispositivos relevantes citados: CPC, arts. 300, 373, II, 932, III; Lei nº 9.656/1998, arts. 10, §§ 12 e 13, art. 12, VI; CDC, arts. 4º, 51; Lei nº 12.764/2012, art. 3º; Lei nº 14.454/2022.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmula 608; STJ, EREsp 1886929/SP; STJ, REsp 2008280/SP; STJ, EAREsp 1459849/ES; TJPA, AI 0800199-95.2018.8.14.0000; Resolução Normativa ANS nº 539/2022; Resolução Normativa ANS nº 465/2021.

ACÓRDÃO

Vistos, etc.

Acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores componentes da 1ª Turma de Direito Privado, na 22ª Sessão Ordinária de 2025, realizada por meio da ferramenta plenário virtual, sistema PJE, à unanimidade, em conhecer e negar provimento ao recurso, nos termos do voto da Desembargadora Relatora.

Julgamento presidido pelo Excelentíssimo Sr. Desembargador CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO.

Turma Julgadora: Desembargadora Maria Filomena de Almeida Buarque, Desembargador José Antônio Ferreira Cavalcante e o Des. Constantino Augusto Guerreiro.

Belém (PA), data registrada no sistema.

MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

Desembargadora Relatora

RELATÓRIO

1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

ORIGEM: 3ª VARA CÍVEL E EMPRESARIAL DE BELÉM/PA

AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 0807455-45.2025.8.14.0000

AGRAVANTE: UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

AGRAVADO: FRANCISCO LAURO VASCONCELOS DE ANDRADE

REPRESENTANTE LEGAL: NELLY HAIDAH BARBOSA VASCONCELOS

RELATORA: DESA. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

RELATÓRIO

Trata-se de **AGRAVO DE INSTRUMENTO** interposto por **UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, em face da decisão proferida pelo Juízo de Direito da 3ª Vara Cível e Empresarial de Belém, nos autos da **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA** ajuizada por **FRANCISCO LAURO VASCONCELOS DE ANDRADE**, assistido por sua genitora, **NELLY HAIDAH BARBOSA VASCONCELOS**.

Breve retrospecto.

O autor é beneficiário de plano de saúde administrado pela Agravante e portador de **Transtorno do Espectro Autista – TEA (CID F84.0)**. Segundo laudo médico, necessita de **tratamento multiprofissional especializado**, com **20 horas semanais de Terapia ABA**, além de outros acompanhamentos, cfe. o seguinte plano de intervenção terapêutica (laudo/relatório médico no id. 139296111 – autos de origem n. 0820942-52.2025.8.14.0301):

- Continuidade no seguimento médico especializado para o tratamento e investigação de possíveis comorbidades associadas;

- **Seguimento psicoterápico com abordagem em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) de maneira individual e em grupo tanto no cenário clínico quanto nos ambientes sociais, com carga horária de 20 horas semanais;**



- Acompanhante terapêutico individualizado como forma de mediar interação social com pares e auxílio no engajamento de rotina e treino de atividades de vida diária.

Alega que, embora tenha solicitado o custeio das terapias por meio dos canais oficiais da operadora (*e-mail* e aplicativo de mensagens), não obteve resposta satisfatória. Diante da ausência de prestadores aptos, buscou judicialmente autorização para que o tratamento fosse custeado em clínica particular de sua escolha.

Pedidos da inicial:

- (i) Concessão de tutela de urgência para realização do tratamento indicado, em clínica particular, **referente às 20 HORAS SEMANAIS de TERAPIAS**;
- (ii) Fixação de multa diária para o caso de descumprimento;
- (iii) Confirmação da tutela em sentença.

O juízo de origem **deferiu** a tutela de urgência e determinou o início do tratamento em clínica particular, no prazo de 7 (sete) dias úteis, sob pena de multa diária no valor de R\$ 500,00, limitada a R\$ 100.000,00.

Transcrevo o dispositivo da decisão agravada (**ID. 139373141** – autos de origem n. 0820942-52.2025.8.14.0301):

(...) ANTE O EXPOSTO, pelos fatos ao norte alinhavados, preenchidos os requisitos do art. 300 e ss do CPC, DEFIRO O PEDIDO e determino a realização do tratamento médico pelo método ABA, assim como quaisquer outros que tenham sido recomendados, em clínica a sua escolha, **que deverá ser INICIADO no prazo de 07 dias úteis (ante a necessidade de adoção de medidas administrativas cabíveis)**, em favor da parte autora, nos termos prescritos no laudo médico.

Saliente-se, no entanto, que deverá ser observada a quantidade de sessão **E** horas semanais de terapia, e, não, apenas, o número de sessões, em tempo menos que o prescrito por profissional médico, a fim de que a tutela seja considerada integralmente cumprida.

Em caso de descumprimento, fixo o pagamento de multa diária no valor de R\$-500,00 (quinhentos reais) limitada ao valor de R\$-100.000,00 (cem mil reais).

INTIMEM-SE TODAS AS PARTES ACERCA DA PRESENTE DECISÃO.



3. Quanto à audiência de conciliação ou mediação, DEIXO PARA DESIGNÁ-LA em momento processual oportuno, salientando que, a qualquer momento, poderá qualquer das partes solicitar a designação de data para a sua realização.

4. Assim, CITE-SE a Requerida, para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial, nos termos do art. 344 c/c 345 do CPC.

5. Após, apresentada contestação, INTIME-SE desde logo o autor para manifestar-se, no prazo legal.

6. Por fim, decorrido o prazo e estando o feito devidamente certificado, retornem conclusos para apreciação.

Belém/PA, datado e assinado eletronicamente.

DANIEL RIBEIRO DACIER LOBATO

Juiz, respondendo pela 3ª Vara Cível e Empresarial de Belém

A agravante, **UNIMED BELÉM**, argumenta que sempre prestou os serviços contratualmente previstos ao beneficiário e que inexistente qualquer comprovação de negativa de cobertura ou falha na prestação de serviços.

Segundo a recorrente, o autor não demonstrou ter esgotado as vias administrativas para autorização dos procedimentos, tampouco trouxe qualquer negativa formal emitida pela operadora, o que comprometeria o interesse de agir e legitimaria, por si só, o indeferimento da tutela.

Além disso, a **UNIMED BELÉM** sustenta que inexistente urgência para a concessão da tutela antecipada, uma vez que o tratamento é realizado de forma particular pelo autor há anos, sem prejuízo evidente à sua saúde.

A operadora também rebate a alegação de inexistência de rede credenciada, afirmando que possui clínicas e profissionais habilitados para realizar os tratamentos indicados, respeitando o rol de procedimentos da ANS.

Por fim, sustenta que, caso mantida a obrigação de custeio, que esta seja restrita aos valores previstos na tabela da rede credenciada, conforme permitido pelas normas da ANS e pelas cláusulas contratuais, reafirmando que não pode o beneficiário impor, de forma unilateral, a escolha de profissionais e locais de atendimento particulares quando há rede habilitada à disposição.



Deferi em parte o efeito suspensivo, sendo a decisão assim ementada (**Id. Num. 26301629**):

***Ementa:* DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE AUTISMO. TERAPIA ABA. INEXISTÊNCIA DE REDE CREDENCIADA APTA. AUTORIZAÇÃO JUDICIAL DE CUSTEIO FORA DA REDE. LIMITAÇÃO AO TETO CONTRATUAL. REEMBOLSO RESTRITO. EFEITO SUSPENSIVO PARCIAL CONCEDIDO.**

I. CASO EM EXAME

1. Agravo de instrumento interposto por UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO contra decisão da 3ª Vara Cível e Empresarial de Belém, que, em sede de tutela de urgência, determinou o custeio de tratamento multiprofissional para menor portador de Transtorno do Espectro Autista (TEA), incluindo 20 horas semanais de Terapia ABA, em clínica particular escolhida pela parte autora, diante da alegada inexistência de prestadores habilitados na rede credenciada. A agravante sustenta ausência de negativa formal, falta de demonstração de urgência e existência de rede apta, além de pleitear, subsidiariamente, a limitação do reembolso aos valores da tabela contratual.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se é legítima a determinação judicial para que a operadora de saúde custeie tratamento fora da rede credenciada, diante da alegada inexistência de prestador apto na rede; (ii) estabelecer se o reembolso das despesas realizadas fora da rede deve se limitar aos valores previstos na tabela contratual da operadora.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A autorização judicial para custeio de tratamento fora da rede credenciada é legítima quando comprovada a inexistência de prestadores habilitados disponíveis na rede conveniada, de forma a evitar prejuízos à saúde do beneficiário.

4. A documentação apresentada nos autos demonstra tentativa infrutífera de autorização pela parte autora e ausência de comprovação, pela operadora, da existência de clínica credenciada apta ao atendimento, ônus que lhe incumbia.

5. A jurisprudência do STJ admite o reembolso de despesas realizadas fora da rede credenciada em situações excepcionais, como urgência, emergência ou ausência de rede apta, nos termos do art. 12, VI, da Lei 9.656/1998.

6. Ainda que legítima a autorização judicial para tratamento fora da rede, o reembolso deve observar os limites da tabela contratual da operadora, conforme entendimento pacificado no STJ, a fim de



preservar o equilíbrio contratual e evitar enriquecimento sem causa.

IV. DISPOSITIVO E TESE

7. Recurso parcialmente provido.

Tese de julgamento:

1. É legítima a autorização judicial para realização de tratamento fora da rede credenciada quando demonstrada a inexistência de prestadores habilitados disponíveis.

2. O reembolso de despesas médicas realizadas fora da rede deve observar os valores previstos na tabela contratual da operadora, conforme limites pactuados.

Dispositivos relevantes citados: CPC, arts. 300, 373, II, e 995, parágrafo único; Lei 9.656/1998, art. 12, VI.

Jurisprudência relevante citada: STJ, EAREsp 1459849/ES, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, j. 17.12.2020; STJ, AgInt no AREsp 2443035/MT, Rel. Min. Raul Araújo, Quarta Turma, j. 19.03.2024; TJPA, AI 0800199-95.2018.8.14.0000, Rel. Desa. Maria do Céu Maciel Coutinho, j. 15.04.2019.

Transcrevo ainda o dispositivo:

(...) **Ante o exposto, DOU PARCIAL EFEITO SUSPENSIVO**, a fim de determinar que o eventual reembolso das despesas com o tratamento se dê **nos limites dos valores previstos na tabela contratual da operadora agravante.** (...)

Agravo Interno pela **UNIMED BELÉM - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** no **Id. Num. 26873275**.

Contrarrazões ao Agravo de Instrumento pela parte Autora no id. 26895899.

PRINCIPAIS ARGUMENTOS DAS CONTRARRAZÕES

1. Fundamentação Constitucional e Legal:

- **Art. 227, CF:** Direito à saúde da criança com absoluta prioridade



- **Art. 1º, III, CF:** Dignidade da pessoa humana como fundamento da República
- **Lei 12.764/2012 (Lei Berenice Piana):** Acesso universal e integral ao tratamento de TEA
- **Lei 14.454/2022:** Rol da ANS é exemplificativo, não restritivo
- **CDC:** Proíbe cláusulas abusivas

2. Jurisprudência Consolidada:

O documento apresenta extensa jurisprudência do **STJ** estabelecendo que:

- Quando não há rede credenciada adequada, o **reembolso deve ser integral**
- A operadora não pode se beneficiar da própria omissão para limitar valores
- Precedentes específicos sobre tratamento de TEA confirmam a obrigatoriedade do custeio ilimitado

3. Argumentos Centrais:

- **Inexistência de rede credenciada:** A UNIMED não comprovou ter clínicas aptas para terapia ABA em adultos
- **Negativa tácita:** A ausência de resposta equivale à negativa de cobertura
- **Impossibilidade de limitação:** Se não há prestação de serviço, não pode haver limitação de reembolso
- **Argumento humanitário:** "Seres humanos não são números" - crítica à alegação da operadora sobre sustentabilidade econômica

PEDIDOS:

1. **Acolhimento das contrarrazões** para manter o custeio integral sem limitação
2. **Indeferimento do efeito suspensivo** do agravo
3. **Manutenção da tutela de urgência** com reembolso integral
4. **Manutenção da multa diária**
5. **Condenação em honorários sucumbenciais**

Conclui defendendo que o direito à saúde de pessoa com deficiência é absoluto e que a dignidade humana não pode ser submetida a "regras de mercado" ou limitações contratuais quando a própria operadora falha em prestar o serviço adequado.

Junta docs.

AGRAVO INTERNO pela parte Autora no id. 26895907, em que basicamente reitera os argumentos manejados nas sobreditas contrarrazões.

Contrarrazões ao AGRAVO INTERNO apresentadas por **UNIMED BELÉM - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** no **Id. Num. 27614645**.

É o relatório.

VOTO

VOTO

A EXMA. DESA. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE:

Prima facie, impende destacar que os Agravos Internos interpostos (**Ids. Num. 26895907 e 27614645**) quedam prejudicados em face da decisão monocrática que ora se profere, em relação ao recurso de Agravo de Instrumento, havendo a perda de objeto daqueles, com amparo no art. 932, III, do CPC:

Art. 932. Incumbe ao relator:

(*omissis*)

III - não conhecer de recurso inadmissível, **prejudicado** ou que não tenha impugnado especificamente os fundamentos da decisão recorrida; - grifei.

Presentes os pressupostos de admissibilidade, **conheço** do recurso de Agravo de Instrumento.

Ressalta-se, inicialmente, que neste momento processual cabe a análise tão somente da validade do interlocutório proferido pelo magistrado na origem, em razão do que não se adentrará ao mérito da demanda submetida à análise do Juízo singular, o que apenas será possível com a posterior dilação probatória, o que não ocorreu até o presente momento.



O cerne da controvérsia recursal reside em três eixos principais:

1. **A legalidade da concessão da tutela de urgência:** A UNIMED argumenta que a decisão de primeira instância deve ser revogada por não estarem presentes os requisitos legais essenciais do art. 300 do CPC, sendo eles:
 - **Ausência de Urgência (Perigo de Dano):** A operadora sustenta que não há urgência que justifique a medida, pois o próprio autor da ação afirma que já realiza o tratamento de forma particular "há vários anos". Além disso, aponta um longo lapso temporal entre a data do laudo médico (09/10/2023) e o ajuizamento da ação (20/03/2025), o que descaracterizaria a necessidade de uma decisão imediata.
 - **Ausência de Interesse de Agir:** A UNIMED afirma que o beneficiário não comprovou ter feito um pedido administrativo formal para o custeio das terapias, nem demonstrou ter recebido uma negativa de cobertura. Sem essa tentativa prévia, não haveria necessidade da intervenção judicial.
2. **A (in)existência de rede credenciada e o direito de escolha do paciente:** A UNIMED contesta a alegação de que não possui rede apta para o tratamento.
 - Afirma que **possui profissionais e clínicas credenciadas** capazes de realizar as terapias prescritas.
 - Sustenta que o beneficiário não tem o direito de escolher unilateralmente um prestador particular de sua preferência quando existe uma rede assistencial disponível, e que a decisão judicial de autorizar essa escolha viola o contrato e a regulamentação da ANS.
3. **O pedido subsidiário de limitação do custeio:** Caso os argumentos anteriores não sejam aceitos e a obrigação de custear o tratamento seja mantida, a UNIMED apresenta um pedido alternativo fundamental:
 - Que o custeio ou reembolso **seja limitado ao valor da tabela contratual praticada na sua rede credenciada**. A operadora busca evitar o pagamento integral dos valores cobrados pela clínica particular, argumentando que isso geraria desequilíbrio financeiro para o plano de saúde.

Em suma, a UNIMED busca, primeiramente, a **revogação total da liminar** por vícios em sua origem (falta de urgência e de interesse de agir). Secundariamente, e de forma crucial, caso a obrigação seja mantida, a operadora luta para **limitar drasticamente o impacto financeiro da decisão**, impondo sua própria tabela de valores como teto para o custeio.

Válido ressaltar que o objeto da tutela de urgência se limitou ao pedido de custeio integral de tratamento e completa das sessões de tratamento prescritos para o Autor, quais sejam, **20 horas semanais de terapias em clínica à sua escolha**, cfe. item "a" dos pedidos contidos na exordial (id. 139292687, p. 32).

Dessa feita, verifico que **não estão contemplados no pedido da parte Autora** (e, por consequência, escapam ao espectro da decisão *a quo* agravada), os pontos destacados no laudo/relatório médico no id. 139296111 – autos de origem: - Continuidade no seguimento médico especializado para o tratamento e investigação de possíveis comorbidades associadas; e



acompanhante terapêutico individualizado como forma de mediar interação social com pares e auxílio no engajamento de rotina e treino de atividades de vida diária.

Dito isso, retomo a análise do mérito do Agravo de Instrumento.

Adianto que **não assiste à Agravante**.

Da análise dos autos principais, verifico que foi solicitada pelo profissional competente a realização das seguintes terapias, baseadas no **Método ABA**:

- Seguimento psicoterápico com abordagem em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) de maneira individual e em grupo tanto no cenário clínico quanto nos ambientes sociais, com carga horária de 20 horas semanais;

O referido negócio jurídico encontra-se regulamentado pela Lei nº 9.656/1988, a qual dispõe sobre os planos e seguros de assistência à saúde, uma vez que se trata de plano de saúde.

Compulsando os autos, vejo estar demonstrado que a parte Agravada necessita do tratamento acima citado, nos termos do laudo médico (**Id. Num. 139296111**), complementado pelos relatórios da psicóloga (**id. 139296119**), do pedagogo e da terapeuta ocupacional (**ids. 139296113 e 139296116**), bem como está demonstrada a negativa do plano de saúde em fornecer o tratamento devido, uma vez que sua conduta de encaminhar o paciente às clínicas da rede credenciada sem disponibilidade para atendimento à solicitação médica da parte Agravada equivaleria à recusa.

Com efeito, observa-se que o Juízo *a quo* agiu de forma acertada, uma vez que os requisitos para o deferimento da tutela antecipada estão plenamente caracterizados, haja vista que a operadora de saúde possui responsabilidade quanto ao tratamento indicado para a parte recorrida.

Não se trata de responsabilizar as operadoras de planos de saúde, pela saúde integral dos cidadãos, obrigação do Estado, mas, sim, de responsabilizá-las pelas obrigações contratualmente assumidas, das quais não podem se desvincular a qualquer pretexto.

Ademais, conforme Súmula 608 do STJ, a relação jurídica entre a seguradora e o segurado de plano de saúde é consumerista, salvo os administrados por entidades de autogestão, razão pela qual a cláusula contratual que limita a cobertura de procedimentos



médicos aos constantes no rol da ANS coloca o consumidor em flagrante desvantagem, devendo ser considerada abusiva por afronta aos artigos 4º, 51, do CDC:

SÚMULA 608 STJ: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

Observa-se que o plano de saúde não negou expressamente o pedido administrativo da parte Autora, mas que o fato de encaminhar a paciente a clínicas credenciadas sem disponibilidade para atendimento à solicitação médica da parte Agravada equivaleria à recusa, complementando com a informação de que a negativa das clínicas está correta, sob o fundamento de que o rol da ANS é taxativo e não exemplificativo e que os procedimentos descritos na prescrição médica, concernentes ao **Método ABA**, não estão incluídos na cobertura estipulada pela Agência Nacional de Saúde.

Consigno, de pronto, que a questão da discussão travada nos autos do EREsp nº 1886929 / SP (2020/0191677-6), ocorrido na Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que entendeu ser taxativo, em regra, o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS), **não tem aplicabilidade ainda, porque o feito ainda não transitou em julgado**, inclusive, estando a matéria já judicializada no STF na ADI 7183 e ADPF 986.

Neste sentido, veja-se o julgado:

Agravo de instrumento. Plano de saúde. Tutela antecipada deferida para que a ré providencie o custeio do tratamento do qual o autor necessita. Tratamento para autismo. Insurgência da requerida. Requisitos do art. 300, do CPC, não demonstrados. Autor possui diversos atrasos no desenvolvimento e limitações em razão da patologia que o acomete. Relatório médico que descreve precisamente o quadro do autor e evidencia a necessidade do tratamento prescrito, sob pena de comprometimento de sua saúde. Contrato deve ser interpretado em favor do consumidor. Em princípio, se a doença tem cobertura contratual, os tratamentos disponíveis pelo avanço da medicina também estarão cobertos. Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura e custeio de tratamento sob o argumento de natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS. **Neste momento processual, não há aplicabilidade do EREsp 1.886.929, vez que ainda não disponibilizado o Acórdão.** Decisão vencedora sem caráter vinculante, por maioria de votos, envolvendo direitos constitucionais. Agravo não provido.

(TJ-SP - AI: 20699595820228260000 SP 2069959-58.2022.8.26.0000, Relator: Edson Luiz de Queiróz, Data de Julgamento: 21/06/2022, 9ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 21/06/2022)

Ocorre que, com a edição da Resolução Normativa nº 539, de 23 de junho de 2022, que passou a vigor a partir do dia 1º de julho de 2022, modificando a Resolução Normativa - RN nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, que alterou o parágrafo 4º do art. 6º, para constar a cobertura ilimitada a qualquer tratamento indicado pelo médico aos portadores de autismos e demais transtornos. Vejamos:

Art. 6º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

§ 1º Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos serão de cobertura obrigatória uma vez solicitados pelo:

I - médico assistente; ou

II - cirurgião-dentista assistente, quando fizerem parte da segmentação odontológica ou estiverem vinculados ao atendimento odontológico, na forma do art. 4º, inciso I.

(...)

§ 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 ou agravo do paciente. (Alterado pela RN nº 539, de 2022)

Observe-se que, antes mesmo da edição da Resolução Normativa nº 539, a jurisprudência pátria já havia pacificado o entendimento de que os planos de saúde não poderiam limitar o tratamento multidisciplinar, nos termos da Lei nº 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com transtorno do espectro autista.

São os julgados:

PLANO DE SAÚDE. CRIANÇA DIAGNOSTICADA COM AUTISMO. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. NEGATIVA DE COBERTURA. LIMITAÇÃO AO NÚMERO DE SESSÕES DE TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES. ILEGALIDADE. Plano de saúde. Criança diagnosticada com autismo. Terapias multidisciplinares. Necessidade. Limitação contratual à quantidade de sessões. Ilegalidade. Incidência da Lei nº 12.764/2012 que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com transtorno do espectro autista. Incidência, também, da Lei nº 9.656/98, do CDC e do Estatuto da Criança e Adolescente. Súmulas, dessa



E. Corte e do C. STJ. **Ademais, a alegação de não constar o tratamento nos róis da ANS é irrelevante, porquanto tais róis não podem suplantam a lei, mas apenas torná-la exequível.** Reembolso que somente será integral na ausência de prestadores credenciados/referenciados, caso em que a falta dos serviços não pode implicar como opção do segurado. Dano moral reconhecido in re ipsa. Indenização devida. Sentença parcialmente reformada. Recurso da ré parcialmente provido e provido o apelo do autor. (TJ-SP - AC: 10078691420218260405 SP 1007869-14.2021.8.26.0405, Relator: J.B. Paula Lima, Data de Julgamento: 29/03/2022, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 29/03/2022)

Agravo de instrumento. Plano de saúde. Tutela antecipada deferida. Tratamento multidisciplinar para tratamento de autismo. **Método ABA. 1. Insurgência do plano de saúde. Improcedência. Contrato deve ser interpretado em favor do consumidor. Em princípio, se a doença tem cobertura contratual, os tratamentos disponíveis pelo avanço da medicina também estarão. Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura e custeio de tratamento sob o argumento de natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.** 2. Reembolso. Limitação aos valores pagos aos profissionais da rede credenciada. Não acolhimento. Em princípio, a ré deveria oferecer cobertura para o tratamento; não o fazendo, sujeita-se a arcar com os custos impostos ao beneficiário. Agravo não provido. (TJ-SP - AI: 22025493820188260000 SP 2202549-38.2018.8.26.0000, Relator: Edson Luiz de Queiróz, Data de Julgamento: 22/11/2018, 9ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 22/11/2018)

As resoluções normativas em comento, de nenhuma forma, podem se sobrepor à Lei nº 12.764/2021, que prevê expressamente o direito ao atendimento multiprofissional dos portadores de autismo:

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;

b) o atendimento multiprofissional;

c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;

d) os medicamentos;

e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

Destarte, os argumentos da parte ré/Agravante não conduzem à modificação do *decisum*, em razão da alteração legislativa da Resolução Normativa nº 465 da ANS, da legislação de regência do direito dos portadores de autismo e da jurisprudência pátria, que asseguram o direito ao tratamento multiprofissional, sem limites ao número de sessões.



Neste sentido, cito ainda julgado de 18/08/2022, da lavra da Ministra NANCY ANDRIGHI:

RECURSO ESPECIAL Nº 2008280 - SP (2022/0180168-0) EMENTA PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. **PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES.** EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. NÃO OCORRÊNCIA. COBERTURA. NEGATIVA INDEVIDA. 1. **Cuida-se, na origem, de ação de obrigação de fazer, visando a cobertura de sessões de terapias multidisciplinares para tratamento do transtorno do espectro autista (TEA).** 2. Ausentes os vícios do art. 1.022 do CPC, rejeitam-se os embargos de declaração. 3. **A Segunda Seção, por ocasião do julgamento do EREsp 1.889.704/SP, em 08/06/2022, embora tenha fixado a tese quanto à taxatividade, em regra, do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, negou provimento aos embargos de divergência opostos pela operadora do plano de saúde para manter acórdão da Terceira Turma que concluiu ser abusiva a recusa de cobertura de sessões de terapia especializada prescritas para o tratamento de transtorno do espectro autista (TEA).** 4. **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).** 5. **Recurso especial conhecido e não provido.** DECISÃO Cuida-se de recurso especial interposto por AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, com fundamentado na alínea a do permissivo constitucional, exclusivamente, contra acórdão do TJ/SP. Recurso especial interposto em: 27/09/2021. Concluso ao gabinete em: 15/08/2022. Ação: de obrigação de fazer com pedido de tutela de urgência, ajuizada por T DE O P S, menor representado por M I DE O P, em face da recorrente, **visando a cobertura de terapias multidisciplinares para tratamento do TEA, sem limite do número de sessões, consistente em sessões de psicologia pelo método ABA/DENVER, fonoaudiologia pelo método ABA, terapia ocupacional com integração sensorial e foco em seletividade alimentar especializada em autismo, psicopedagogia especializada, hidroterapia, equoterapia, musicoterapia, nutrição, psicomotricidade e natação em autismo.** Sentença: julgou procedente o pedido inicial para, tornando definitiva a tutela, condenar a ré a autorizar e custear os procedimentos dos quais necessita o autor, descritos no relatório médico juntado aos autos, pelo método ABA, sob pena de multa diária de R\$ 500,00, por até 30 dias. Acórdão: negou provimento ao recurso de apelação interposto pela recorrente, nos termos da seguinte ementa: Apelação Cível. Plano de saúde - Ação de obrigação de fazer - Sentença de procedência - Apelo da ré - Autor diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista - Negativa de cobertura ao tratamento terapêutico multidisciplinar especializado prescrito pelo profissional especialista - Aplicação do Código de Defesa do Consumidor - Rol da ANS que não pode ser considerado taxativo - Agência reguladora que não pode limitar direito de forma a tornar inócuo o tratamento - Reconhecida defasagem entre regulamentações administrativas e avanço da medicina - Tratamento indicado por possuir a



técnica mais atualizada - Escolha que cabe tão-somente ao médico responsável e ao paciente - Limite anual de sessões que inviabiliza o integral tratamento do beneficiário - Negativa abusiva, uma vez que acaba por frustrar o objeto do contrato, que é a preservação da vida e saúde do paciente - Dever da operadora em fornecer tratamento, sem limite anual de sessões, conforme prescrição do profissional especialista. Nega-se provimento ao recurso. Embargos de declaração: opostos pela recorrente, foram rejeitados. Recurso especial: aponta violação aos arts. 1.022, II, do CPC; 10, § 4º, da Lei 9.656/98; e 51, IV, do CDC. **Além da negativa de prestação jurisdicional, sustenta que não existe cobertura para terapias multidisciplinares requeridas, porquanto não estão previstas no rol da ANS, o qual seria taxativo, bem como defende a legalidade da limitação do número de sessões.** Parecer do Ministério Público Federal: da lavra do i. Subprocurador-Geral da República Sady d'Assumpção Torres Filho, opina pelo não conhecimento do recurso. RELATADO O PROCESSO, DECIDE-SE. - Da violação do art. 1.022 do CPC/2015 É firme a jurisprudência do STJ no sentido de que não há ofensa ao art. 1.022 do CPC/15 quando o Tribunal de origem, aplicando o direito que entende cabível à hipótese soluciona integralmente a controvérsia submetida à sua apreciação, ainda que de forma diversa daquela pretendida pela parte. A propósito, confira-se: AgInt nos EDcl no AREsp 1.094.857/SC, 3ª Turma, DJe de 02/02/2018 e AgInt no AREsp 1.089.677/AM, 4ª Turma, DJe de 16/02/2018. No particular, verifica-se que o acórdão recorrido decidiu, fundamentada e expressamente, sobre o dever de cobertura para o tratamento médico necessário ao beneficiário e a impossibilidade de se limitar o número de sessões, bem como acerca da natureza exemplificativa do rol da ANS, de maneira que os embargos de declaração opostos pela recorrente, de fato, não comportavam acolhimento. Assim, observado o entendimento dominante desta Corte acerca do tema, não há que se falar em violação do art. 1.022 do CPC/15, incidindo, quanto ao ponto a Súmula 568/STJ. - Da cobertura do tratamento prescrito para o transtorno do espectro autista No julgamento do EREsp 1.889.704/SP, em 08/06/2022, a Segunda Seção, embora fixando a tese quanto à taxatividade, em regra, do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, negou provimento aos embargos de divergência opostos pela operadora do plano de saúde para manter acórdão da Terceira Turma que concluiu ser abusiva a recusa de cobertura de sessões de terapia especializada prescritas para o tratamento de transtorno do espectro autista (TEA), considerando, para tanto, a superveniência da Resolução Normativa ANS 469/2021, de 09/07/2021. Com efeito, a Resolução Normativa 469/2021 da ANS tornou expressamente obrigatória a cobertura em número ilimitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para o tratamento/manejo do transtorno do espectro autista (TEA). Por ocasião da edição deste ato normativo, que modificou o rol de procedimentos e eventos em saúde, a ANS, em 12/06/2021, publicou, no portal do Ministério da Saúde, a seguinte notícia: ANS amplia alcance de decisões judiciais sobre Transtorno do Espectro Autista Com a medida, pacientes de todo o País passam a ter direito a número ilimitado de sessões para tratamento de autismo A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que beneficiários de planos de saúde portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA) de todo o País passam a ter direito a número ilimitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento de autismo, o que se soma à cobertura ilimitada que já era



assegurada para as sessões com fisioterapeutas. A decisão foi tomada em reunião da diretoria colegiada da Agência realizada na tarde de quinta (08) e publicada no Diário Oficial da União nesta segunda (12) como uma alteração no Anexo II (Diretrizes de Utilização) da Resolução Normativa nº 465/2021, que dispõe sobre as coberturas obrigatórias para beneficiários de planos de saúde (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde). Clique aqui para acessar a Resolução Normativa nº 469, de 9 de julho de 2021. A suspensão do limite de sessões de terapias para tratamento de autismo já havia sido determinada pela Justiça em resposta a ações civis públicas nos estados de Goiás, Acre, Alagoas e, mais recentemente, de São Paulo (Ação Civil Pública no 5003789-95.2021.4.03.6100). Considerando a importância de promover a igualdade de direitos aos beneficiários residentes em todo o Brasil, a ANS está atendendo à determinação relativa a São Paulo e, ao mesmo tempo, ampliando o alcance aos demais estados. Importante destacar que o profissional de saúde possui a prerrogativa de indicar a conduta mais adequada da prática clínica, conforme sua preferência, aprendizagem, segurança e habilidades profissionais. Neste sentido, caso a operadora possua, em sua rede credenciada, profissional habilitado em determinada técnica/método, tal como a ABA (Análise Aplicada do Comportamento), tal abordagem terapêutica poderá ser empregada pelo profissional no âmbito do atendimento ao beneficiário, durante a realização dos procedimentos cobertos, como a sessão com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional (com diretriz de utilização) ou a sessão com fonoaudiólogo (com diretriz de utilização), por exemplo. (Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-amplia-alcance-de-decisoes-judiciais-sobre-transtorno-do-espectro-autista>, acesso em 28/06/2022 - sem grifos no original) Mais recentemente, em 22/06/2022, a ANS **divulgou comunicado alertando sobre a necessidade de se assegurar a continuidade do tratamento em curso para os pacientes portadores de transtornos globais de desenvolvimento, incluindo o autismo**: ANS divulga Comunicado nº 95 Operadoras não podem suspender assistência a pacientes com Transtornos Globais do Desenvolvimento Conforme definido em reunião de Diretoria Colegiada realizada na tarde de 23/06/22, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, na edição 118 do Diário Oficial da União (DOU), o Comunicado nº 95, que faz um alerta sobre a necessidade de manutenção da assistência a usuários de planos de saúde com Transtornos Globais de Desenvolvimento. COMUNICADO Nº 95, DE 23 DE JUNHO DE 2022 A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 55, da Resolução Regimental nº 21, de 26 de janeiro de 2022, considerando a decisão proferida na 14ª Reunião Extraordinária de Diretoria Colegiada, contida no processo SEI nº 33910.019120/2022-91, COMUNICA para todas as operadoras de planos de saúde que por determinação judicial ou por mera liberalidade, dentre outras hipóteses, já estiverem atendendo aos beneficiários portadores de transtorno do espectro autista e todos os beneficiários diagnosticados com CIDs que se referem aos Transtornos Globais do Desenvolvimento (CID-10 - F84) em determinada técnica/método/abordagem indicado pelo médico assistente, reconhecidos nacionalmente, tal como a ABA (Análise Aplicada do Comportamento), não poderão suspender o tratamento, sob pena de vir a configurar negativa de cobertura. Confira aqui a publicação no Diário Oficial da União de 24/6/2022. (disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/operadoras/ans-divulga-comunicado-no-95>, acessado



em 28/06/2022) Logo em seguida, em 23/06/2022, sobreveio a Resolução Normativa ANS nº 539/2022, que tornou obrigatória, a partir de 1º/07/2022, **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 dos transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista. Na data da edição deste ato normativo, que também alterou o rol de procedimentos e eventos em saúde, a ANS divulgou, no portal do Ministério da Saúde, a seguinte nota: ANS amplia regras de cobertura para tratamento de transtornos globais do desenvolvimento Métodos e técnicas indicados pelo médico assistente passam a ter cobertura obrigatória pelos planos de saúde Em reunião extraordinária realizada na tarde desta quinta-feira, 23/06, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou uma normativa que amplia as regras de cobertura assistencial para usuários de planos de saúde com transtornos globais do desenvolvimento, entre os quais está incluído o transtorno do espectro autista. Clique aqui e confira a RN nº 539/2022. Dessa forma, a partir de 1º de julho de 2022, passa a ser obrigatória a cobertura para qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento do paciente que tenha um dos transtornos enquadrados na CID F84, conforme a Classificação Internacional de Doenças.** A normativa também ajustou o anexo II do Rol para que as sessões ilimitadas com fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas englobem todos os transtornos globais de desenvolvimentos (CID F84). (...) Existem variadas formas de abordagem dos transtornos globais do desenvolvimento, desde as individuais realizadas por profissionais treinados em uma área específica, até as compostas por atendimentos multidisciplinares. Entre elas, estão: o Modelo Applied Behavior Analysis (ABA), o Modelo Denver de Intervenção Precoce (DENVER ou ESDM), a Integração Sensorial, a Comunicação Alternativa e Suplementar ou Picture Exchange Communication System (PECS), dentre outros. **A escolha do método mais adequado deve ser feita pela equipe de profissionais de saúde assistente com a família do paciente. Importante esclarecer que as operadoras de planos de saúde não poderão negar atendimento a pessoas com condições tais como paralisia cerebral e Síndrome de Down que apresentem transtornos global do desenvolvimento.**

Também vale destacar que a ANS continuará debruçada sobre a questão, inclusive com realização de audiência pública, e que o trabalho do grupo técnico seguirá, com avaliação e monitoramento do tema para o constante aprimoramento da cobertura dos planos de saúde. (Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-altera-regras-de-cobertura-para-tratamento-de-transtornos-globais-do-desenvolvimento - sem grifos no original](https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-altera-regras-de-cobertura-para-tratamento-de-transtornos-globais-do-desenvolvimento-sem-grifos-no-original)) **Assim, o acórdão recorrido, ao determinar a cobertura do tratamento, sem limitação do número de sessões, está em harmonia com a jurisprudência do STJ, além de observar as normas regulamentares de regência e a atual determinação da ANS. Forte nessas razões, com fundamento no art. 932, IV, a, do CPC/15, bem como na Súmula 568/STJ, CONHEÇO do recurso especial e NEGO-LHE PROVIMENTO.** Deixo de majorar os honorários fixados anteriormente, porquanto já atingido o limite máximo previsto no art. 85, § 2º, do CPC/2015. Previno as partes que a interposição de recurso contra esta decisão, se declarado manifestamente inadmissível, protelatório ou improcedente,



poderá acarretar sua condenação às penalidades fixadas nos arts. 1.021, § 4º, e 1.026, § 2º, do CPC/15. Publique-se. Intimem-se. Brasília, 16 de agosto de 2022. MINISTRA NANCY ANDRIGHI Relatora (STJ - REsp: 2008280 SP 2022/0180168-0, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Publicação: DJ 18/08/2022) (grifei)

Ademais, houve recentes alterações na Lei 9.656/98, em virtude da publicação da Lei Federal nº 14.454, de 21/09/2022, no sentido de estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, reforçando o caráter exemplificativo da lista da ANS.

Senão, vejamos os recém-inseridos §§12 e 13 do art. 10, do citado diploma legal:

Art. 10 (*omissis*)

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

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

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

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

Por oportuno, necessário ressaltar que a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) estabeleceu que o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas por beneficiário de plano de saúde **fora da rede credenciada é obrigatório somente em hipóteses excepcionais** – tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento, vejamos:

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA. RESTRIÇÃO A SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA DESPROVIDOS.

1. Cinge-se a controvérsia em saber se a operadora de plano de saúde é obrigada a reembolsar as despesas médico-hospitalares relativas a



procedimento cirúrgico realizado em hospital não integrante da rede credenciada.

2. O acórdão embargado, proferido pela Quarta Turma do STJ, fez uma interpretação restritiva do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, enquanto a Terceira Turma do STJ tem entendido que a exegese do referido dispositivo deve ser expandida.

3. 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.

4. Embargos de divergência desprovidos.

EAREsp 1459849(2019/0057940-8 de 17/12/2020)

Assim, comprovada a **inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local** e a **urgência ou emergência do procedimento**, CASO DOS AUTOS, vislumbro a probabilidade de direito da parte Autora de prosseguir com o tratamento solicitado em clínica especializada, ainda que não credenciada à rede da Agravante.

A contrario sensu, o seguinte precedente do TJPA:

EMENTA: RECURSO DE AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. DECISÃO MONOCRÁTICA QUE INDEFERIU O PEDIDO DE EFEITO SUSPENSIVO, NOS TERMOS DO ART. 1.019, I DO NCP. PLANO DE SAÚDE. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. TRANSPLANTE RENAL. MÉDICO E HOSPITAL NÃO CREDENCIADOS. AUSÊNCIA DE COBERTURA. REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO EM HOSPITAL FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO. LIMINAR. URGÊNCIA OU IMPOSSIBILIDADE DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO PELA REDE CONVENIADA NÃO DEMONSTRADAS. MANUTENÇÃO DO INDEFERIMENTO. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.

1. É possível a realização de procedimentos médicos em hospitais não credenciados ou fora da área de abrangência do plano, apenas quando demonstrada a urgência ou a impossibilidade de prestação do serviço pela rede conveniada por falta de capacitação do corpo médico ou de recusa de atendimento, o que não restou demonstrado pelo autor, ora agravante, no caso concreto.

2. A ausência de previsão no plano de saúde contratado, do qual o agravante é beneficiário, de atendimento através de livre escolha de hospitais e médicos, mas tão-somente através da rede referenciada, impede a concessão da tutela de urgência pleiteada.

3. Decisão mantida.



4. Recurso conhecido e desprovido.

(TJPA. AI N. 0800199-95.2018.8.14.0000. RELATORA DESA. MARIA DO CEO MACIEL COUTINHO. JULGADO EM 15/04/2019. 1 TURMA DE DIREITO PRIVADO. PUBLICADO EM 12/06/2019).

Veja-se, por fim, que o risco para a Agravante é meramente econômico, enquanto para a parte Agravada, menor impúbere, está na sua saúde, desenvolvimento físico e neuropsicológico adequado, caracterizando o *periculum in mora* inverso, na medida em que a suspensão dos efeitos da decisão agravada poderá acarretar grave lesão à parte Autora.

DO PEDIDO SUBSIDIÁRIO DE LIMITAÇÃO DO CUSTEIO/REEMBOLSO AOS VALORES DA TABELA CONTRATUAL

A Agravante, **UNIMED BELÉM**, pugna, subsidiariamente, caso mantida a obrigação de custeio do tratamento, que este ou o eventual reembolso das despesas se restrinja aos valores previstos na tabela contratual praticada em sua rede credenciada. Fundamenta seu pleito na necessidade de preservação do equilíbrio contratual e na vedação ao enriquecimento sem causa, citando inclusive o entendimento do STJ (EAREsp 1459849/ES) e o teor da decisão que deferiu parcialmente o efeito suspensivo neste recurso.

Entretanto, tal pleito também não merece acolhida no presente caso, devendo ser revista a limitação imposta quando da análise do efeito suspensivo.

Conforme exaustivamente demonstrado e reconhecido, a necessidade de busca por tratamento fora da rede credenciada decorreu, primordialmente, da falha da própria operadora em disponibilizar prestadores aptos e com capacidade para atender à demanda específica e urgente do Agravado, portador de TEA, que necessita de 20 horas semanais de Terapia ABA.

Nesse diapasão, a jurisprudência, inclusive do Superior Tribunal de Justiça, tem se consolidado no sentido de que, configurada a inexistência ou a insuficiência de prestadores na rede credenciada aptos a realizar o tratamento prescrito, o custeio ou reembolso pela operadora de saúde deve ser **integral**, não se sujeitando às tabelas e limites contratuais aplicáveis aos casos de livre escolha do beneficiário quando há rede disponível.

Impor a limitação aos valores da tabela da Agravante, em um cenário onde ela mesma não logrou êxito em prover o serviço nos moldes necessários, significaria transferir ao consumidor o ônus da ineficiência da operadora. Tal medida esvaziaria o direito à cobertura integral do tratamento essencial à saúde do beneficiário, especialmente considerando a natureza e a intensidade das terapias indicadas para o Transtorno do Espectro Autista.



As contrarrazões apresentadas pelo Agravado (id. 26895899) trouxeram à baila precedentes do STJ que corroboram a tese do reembolso integral quando a operadora não dispõe de rede credenciada adequada, sob o fundamento de que a operadora não pode se beneficiar da própria omissão para impor limitações financeiras que inviabilizem ou dificultem o acesso ao tratamento.

O precedente EAREsp 1459849/ES, embora estabeleça que o reembolso é obrigatório em hipóteses excepcionais (como a inexistência de rede), não define que, nestes casos excepcionais de falha da operadora, o reembolso deva ser *necessariamente* limitado à tabela. A interpretação mais consentânea com o Código de Defesa do Consumidor e com o direito fundamental à saúde, especialmente de vulneráveis, é que, uma vez caracterizada a omissão da operadora, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário para suprir essa lacuna deve ser completo, cobrindo o custo efetivo do tratamento obtido externamente por necessidade, e não por mera conveniência.

Permitir que a Agravante custeie apenas o valor que pagaria em sua rede (potencialmente inexistente ou inadequada para o caso) equivaleria a uma negativa de cobertura parcial, o que é **vedado**, sobretudo diante das recentes alterações legislativas (Lei 14.454/2022) e normativas da ANS (RN nº 539/2022) que reforçam a obrigatoriedade da cobertura de tratamentos para TEA, incluindo terapias com método ABA, sem limitações injustificadas.

Ademais, a alegação de desequilíbrio contratual não se sustenta, pois o equilíbrio é quebrado pela própria Agravante ao não fornecer a cobertura devida na sua rede. A obrigação de custeio integral, nesse contexto, nada mais é do que a consequência direta do inadimplemento contratual da operadora.

Portanto, em face da comprovada ausência de rede credenciada apta a fornecer o tratamento nos moldes prescritos ao Agravado, **o custeio ou reembolso das despesas realizadas em clínica particular deve ser integral, não se aplicando a limitação aos valores da tabela da operadora.**

Assim, sem adentrar ao mérito da demanda, que ainda pende de instrução e julgamento pelo juízo primevo, mantenho a decisão prolatada pelo juízo *a quo*, ao que deve ser desprovido o Agravo de Instrumento.

DISPOSITIVO

Ante o exposto, **CONHEÇO** do Agravo de Instrumento, mas **NEGO-LHE PROVIMENTO**, para manter a decisão *a quo* hostilizada, nos termos da fundamentação.



Revogo a decisão de concessão parcial do efeito suspensivo de id. 26301629.

Em consequência, restam prejudicados os Agravos Internos interpostos por FRANCISCO LAURO VASCONCELOS DE ANDRADE (id. 26895907) e por UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO (id. 27614645).

É o voto.

Publique-se. Intimem-se. Comunique-se ao Juízo de origem.

Belém/PA, data conforme registro do sistema.

MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

Desembargadora Relatora

Belém, 14/07/2025

