



Número: **0719290-06.2019.8.07.0007**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **7ª Turma Cível**

Órgão julgador: **Gabinete do Des. Fábio Eduardo Marques**

Última distribuição : **19/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 14.704,52**

Processo referência: **0719290-06.2019.8.07.0007**

Assuntos: **Indenização por Dano Moral, Planos de Saúde, Obrigação de Fazer / Não Fazer**

Segredo de justiça? **SIM**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A. (APELANTE)	
	GUSTAVO STREIT FONTANA (ADVOGADO) ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA (ADVOGADO)
Y. B. C. M. (APELADO)	
	CAROLINE CABRAL MACEDO (REPRESENTANTE LEGAL) EDILSON BARBOSA DO NASCIMENTO (ADVOGADO)

Outros participantes	
MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS (FISCAL DA LEI)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
21261927	13/11/2020 10:22	Acórdão	Acórdão

**TJDFT**

Poder Judiciário da União
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS
TERRITÓRIOS

Órgão 7ª Turma Cível

Processo N. APELAÇÃO CÍVEL 0719290-06.2019.8.07.0007

APELANTE(S)

APELADO(S)

Relator Desembargador FÁBIO EDUARDO MARQUES

Acórdão N° 1297322

EMENTA

APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO MULTIDICISPLINAR. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS. EXEMPLIFICATIVO. COPARTICIPAÇÃO. ATENDIMENTOS EXCEDENTES. APLICAÇÃO ANALÓGICA. DANO MORAL.

1. O plano de saúde pode limitar as doenças a serem cobertas, não os procedimentos, exames e técnicas necessárias ao tratamento da enfermidade não excluída no rol de coberturas.
2. Conforme a predominante jurisprudência, a lista de coberturas mínimas tem natureza meramente exemplificativa.
3. A cobertura das sessões não pode ser restringida previamente pela seguradora, pois a insuficiência de atendimentos garantidos pode representar grave dano à saúde da beneficiária. Perante o tempo indeterminado para a manutenção da prevenção e evolução nas habilidades cognitivas, motoras e afetivas da apelada, é indevida a negativa de cobertura de todas as sessões requeridas pelos profissionais responsáveis, sob pena de comprometer a própria eficácia da psicoterapia prescrita e o restabelecimento da saúde da segurada, colocando-a em desvantagem exagerada.
4. O fato de o plano de saúde ter a obrigação de garantir a cobertura da integralidade do número de sessões não implica que a seguradora tenha que arcar de fora exclusiva com o custo total do conjunto de consultas recomendado. Isso porque, é legal a cláusula contratual que prevê coparticipação do segurado para as sessões eletivas que excedem o limite estabelecido em contrato e pela agência reguladora. Aqui, se busca impedir a concessão indiscriminada de consultas ou o prolongamento em demasia de tratamentos e, noutro giro, evitar o desequilíbrio financeiro, entre prestações e contraprestações (art. 51, § 2º, do CDC), evitando a onerosidade excessiva para ambas as partes.
5. A ausência de previsão contratual acerca do regime de custeio contratado pelo segurado impede a



cobrança de coparticipação às sessões multidisciplinares, aos atendimentos remanescentes ao mínimo obrigatório estabelecido pela ANS, por meio de aplicação analógica à regra da internação psiquiátricas superior a trinta dias.

6. A injusta recusa do plano de saúde à cobertura ao restabelecimento da saúde da beneficiária ultrapassa o simples descumprimento contratual e enseja a obrigação de reparar o dano moral.

7. Apelação conhecida e não provida.

ACÓRDÃO

Acordam os Senhores Desembargadores do(a) 7ª Turma Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, FÁBIO EDUARDO MARQUES - Relator, GETÚLIO MORAES OLIVEIRA - 1º Vogal e LEILA ARLANCH - 2º Vogal, sob a Presidência da Senhora Desembargadora GISLENE PINHEIRO, em proferir a seguinte decisão: CONHECIDO. IMPROVIDO. UNANIME., de acordo com a ata do julgamento e notas taquigráficas.

Brasília (DF), 28 de Outubro de 2020

Desembargador FÁBIO EDUARDO MARQUES
Relator

RELATÓRIO

Cuida-se de apelação interposta da r. sentença proferida na ação de obrigação de fazer c/c indenização por dano.

Adoto, em parte, o relatório da sentença ^[1]:

A autora, em sua exordial, afirma, em síntese, que: (i) é beneficiária do plano de saúde administrado pela ré, estando em dia com o pagamento das mensalidades; (ii) tem diagnóstico médico **Transtorno do Espectro Autista – TEA** e possui atrasos na fala, ecolalia, transtorno sensorial, dificuldade no relacionamento social e em mudanças de rotina, apresenta agitação psicomotora e dificuldades em entender comandos simples; (iii) necessita realizar terapias de reabilitação (...), de modo que o tratamento não pode ser realizado de forma contínua, sem que a família tenha que desembolsar valores extras para que seja feito da forma adequada.

3. Assevera que a ré está se negando a realizar o reembolso das sessões de terapia realizadas, sob a



alegação de que o limite anual das terapias teria sido excedido.

4. Tece arrazoado e requer a concessão de tutela provisória nos seguintes termos:

a) Seja deferida tutela provisória inibitória positiva de obrigação de fazer (...) no sentido de que a Requerida, de imediato, autorize e/ou custeie todas as terapias necessárias ao atendimento da menor, como, orientadas pelos profissionais de saúde que acompanham a criança, desde já, de forma contínua, a saber:

Fonoaudiologia: indicação de 02 (duas) sessões semanais;

Terapia Ocupacional: indicação de 02 (duas) sessões semanais;

Psicologia: (Método ABA): indicação de no mínimo 03 (três) sessões semanais;

Psicopedagogia: (Método Dias-Pressoti): indicação de 03 (três) sessões semanais;

Equoterapia: indicação de 01(uma) sessão semanal;

Musicoterapia: indicação de 01(uma) sessão semanal.

5. Ao final, aduz os pedidos abaixo:

5. Sejam JULGADOS PROCEDENTES todos os pedidos formulados nesta demanda, declarando nulas todas as cláusulas contratuais que prevejam o limite da quantidade de terapias (...), tornando definitiva a tutela provisória antes concedida, com a realização das terapias nas clínicas que a criança já realiza os atendimentos, Clínica Aprender, Clínica Conectar e Clínica Neuropedia;

6. A realização do **exame EXOMA COMPLETO com indicação clínica de regressão neurológica/autismo, cariótipo e CGH ARRAY NORMAIS** para melhor diagnóstico das comorbidades da criança; (...).

11. Por fim, seja a Requerida condenada a indenizar a Requerente, a título de danos morais, no valor de **R\$ 5.000,00** (...).

Acrescento que o juízo *a quo*, confirmando a tutela de urgência outrora deferida^[2], **julgou procedentes** os pedidos exordiais, para determinar que a ré autorize e custeie integralmente **todos os tratamentos indicados** em relatório médico, **sem limitação de sessões**, no prazo de 5 dias, sob pena de multa diária fixada em R\$ 500,00, limitada a R\$ 50.000,00; além de condenar a ré ao pagamento para a autora no valor de **R\$ 5.000,00**, a título de indenização por dano moral.

Fundamentou o juízo de origem que o contrato em voga trata de típica relação de consumo, de modo que as cláusulas que eliminam ou reduzem o objeto contratual devem ser redigidas em destaque, sob pena de colocar o consumidor em situação de extrema desvantagem, bem como devem ser interpretadas da maneira mais favorável ao consumidor. Ademais, salientou que o rol da ANS lista apenas as coberturas mínimas. Ressaltou o entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que os planos de saúde podem limitar a cobertura das doenças, mas não o tratamento médico prescrito, e de que é abusiva a limitação do número de sessões terapêuticas, assim como a cobrança de coparticipação das consultas que excederem o *quantum* estabelecido pela ANS. Entendeu comprovada a necessidade dos procedimentos e exame genético pleiteados, malgrado a ré não tenha alegado expressamente cláusula contratual excludente. Concluiu que o dano extrapatrimonial transpassa o mero aborrecimento, afetando os direitos da personalidade da beneficiária.

Recorre a ré^[3], alegando que a simples aplicação do Código de Defesa do Consumidor não implica



desconsiderar o regramento que permeia o sistema privado de saúde e os limites do equilíbrio econômico entre as partes. Diz que não houve o cometimento de ato abusivo pela apelante, vez que é válido o estabelecimento de cláusulas contratuais restritivas, pois os planos não podem ser ilimitados, totais e irrestritas. Defende que os tratamentos prescritos têm seu custeio excluído, nos termos da cláusula contratual 11.1.21; art. 1º, § 1º; 11; 35-C e 35-G, todos da Lei 9.656/98; art. 1º, §1º, da Resolução Normativa nº 428/2017; Resolução Normativa nº 162/2007 da ANS; e Resolução CONSU nº 13. Nessa senda, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS é taxativo, de acordo com recente julgado do STJ.

Ainda que subsista a compreensão de que os tratamentos devam ser custeados à apelada, argui a operadora do plano de saúde que é imperativa a observância do número de consultas e sessões anuais fixado pela ANS no rol de eventos, a fim de evitar o esvaziamento das garantias em torno das terapias sob regime de coparticipação, cuja concessão não pode ser indiscriminada ou com duração prolongada em demasia. Repisa que no caso deve ser aplicado, por analogia, os parâmetros de [internação da clínica psiquiátrica, sobretudo quando superados os 30 dias](#), já que a hipótese dos autos trata de técnicas especiais, cognitivas e psicomotoras de crianças.

Ao final, argumenta que agiu dentro do exercício regular de direito, inexistindo o dever de reparar o dano extrapatrimonial.

Pede o provimento do recurso para, reformando a sentença, julgar integralmente improcedentes os pedidos iniciais.

Contrarrazões pelo não provimento do recurso[4].

A Procuradoria de Justiça oficia pelo conhecimento e não provimento da apelação, para que seja mantida, na íntegra, a r. sentença apelada[5].

É o relatório.

[1] Id. 16975664. Negrito.

[2] Id. 16975542.

[3] Id. 16975669.

[4] Id. 16975676.

[5] Id. 17207792.

VOTOS

O Senhor Desembargador FÁBIO EDUARDO MARQUES - Relator



Presentes os pressupostos de admissibilidade, **conheço da apelação da ré.**

Entre os argumentos da apelante (operadora do plano) há requerimento de aplicação analógica da regra de c internações psiquiátricas acima de 30 dias.

Entretanto, inicialmente cabe frisar que a hipótese diverge do Tema 1.032: *Definição da tese alusiva à leg cláusula contratual de plano de saúde que estabelece o pagamento parcial pelo contratante, a título de cop de internação hospitalar superior a 30 dias decorrente de transtornos psiquiátricos.*

Logo, não há falar em suspensão do processo como determinado pelo Superior Tribunal de Justiça quando 1.809.486/SP e 1.755.866/SP.

A apelada, beneficiária de plano de saúde coletivo por adesão[1] e com início de vigência em 1º.03.2019[2], **Transtorno do Espectro Autista** (CID 10 F84.0), apresentando atraso de fala, ecolalia, transtorno sensorial, dificuldade cognitiva, no relacionamento social e em mudanças de rotina[3]. Daí que o médico assistente se **exoma completo**”[4] e o acompanhamento terapêutico por meio de **fonoaudiologia** pelo método PROMPT **terapia ocupacional** (2 sessões semanais), **psicologia** pelo método ABA (3 sessões semanais), **psicopedag** Dias-Presotti (3 sessões semanais), **equoterapia** (1 sessão semanal) e **musicoterapia** (1 sessão semanal)[5]

Todavia, a apelante negou a cobertura do acompanhamento multiprofissional à menor, entendendo que o tr prescrita excede ao limite anual de sessões cobertas[6]. Como relatado, complementou em sua defesa em ju especialidades clínicas pleiteadas, sem coparticipação e em quantidade ilimitada de consultas não consta no elaborado pela agência reguladora, tampouco está previsto em cláusula contratual que a obrigação de custei

Dessa feita, sem razão à apelante.

De início, a jurisprudência é pacífica no sentido de que as operadoras de plano de saúde não podem excluir quando indispensável à saúde do segurado, pois o plano de saúde pode **limitar as doenças** a serem cobertas: exames e técnicas necessárias para a cura e/ou cuidados referentes a enfermidade incluída no rol de cobertu

Outrossim, conforme a predominante jurisprudência, a lista de coberturas mínimas tem natureza **merament** à luz do art. 926 do CPC, por ora mantenho esse entendimento consolidado, nada obstante o respeitável julg 1.733.013/PR proferido pela **Quarta Turma** do Superior Tribunal de Justiça, no dia 10/12/2019, adotando meramente exemplificativo o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, previsto na Resolução Nor tratando-se de um mínimo obrigatório para as operadoras de planos de saúde.

Assim o faço tanto mais considerando que a matéria ainda não se pacificou na Corte Superior em consonân mencionado, conforme indica o aresto da **Terceira Turma** do STJ, a seguir transcrito:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DAN MORAIS. PLANO DE SAÚDE. 1. NEGATIVA DE COBERTURA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO S MÉDICO. EXCLUSÃO CONTRATUAL EXPRESSA E AUSÊNCIA DE PREVISÃO NO ROL DA ANS. QUE NÃO SE MOSTRAM SUFICIENTES A AFASTAR A OBRIGAÇÃO DE COBERTURA DO PROC PROFISSIONAL DE SAÚDE. 2. ROL EXEMPLIFICATIVO DA ANS E URGÊNCIA EVIDENCIADA. 3. AGRAVO IMPROVIDO. 1. Segundo a jurisprudência desta Corte Superior, ainda que admitida a possib plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor, revela-se abusiva a que exclui o cus necessários ao melhor desempenho do tratamento de doença coberta pelo plano. 1.1. **Ademais, é inadmissi saúde em cobrir tratamento médico voltado à cura de doença coberta pelo contrato sob o argumento de procedimentos da ANS, pois este rol é exemplificativo, impondo-se uma interpretação mais favorá** Por derradeiro, que a recusa indevida pela operadora de plano de saúde à cobertura de tratamento médico ei constitui dano moral presumido, como na hipótese em apreço, não havendo que se falar em mero inadimple 83/STJ. 3. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp 1.553.980/MS, Rel. Ministro Marcc Terceira Turma, julgado em 09/12/2019, DJe 12/12/2019. Negrito)



Nessa senda, impende lembrar que a Resolução Normativa nº **428/2017** detém em seu bojo quatro anexos **I** lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada as **Diretrizes de Utilização – DUT**, que estabelecem os critérios a serem observados para que sejam assegurados alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Anexo I.

Quanto ao sequenciamento genético, por meio da realização de “exoma completo” – exame recomendado para diagnóstico de autismo, entre outras doenças, e que busca detectar alterações genéticas em aproximadamente 20 mil genes –, cuja cobertura pede a apelada, salienta o **Anexo II**^[9], *in verbis*:

110. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA; PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/MICRODUPLICAÇÕES (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION); INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES (MSI), I BLOCO DE PARAFINA

a. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas contempladas nos subitens desta Diretriz, quando seguidos os parâmetros definidos em cada subitem para as patologias ou síndromes listadas.

(...).

c. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas não contempladas nas Diretrizes do

OBS relativa apenas ao item c: Os exames realizados por técnicas de pesquisas em painel, tais como PCR (Hibridização Genômica Comparativa), MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification), Sequenciamento de Nova Geração (NGS), **Sequenciamento completo de todos os éxons do Genoma Humano (Exoma)** e Sequenciamento de Nova Geração (Genoma) humano, nutricional, esportivo, tumoral ou mitocondrial, **não estão contemplados no item “c”**. O uso de testes de screening de risco pessoal ou screening de planejamento familiar em paciente assintomático, não estão contemplados (...).

Doenças ou síndromes de cobertura obrigatória referentes ao item a desta Diretriz de Utilização:

(...).

110.41 - TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com manifestações clínicas sugestivas de Transtorno do Espectro Autista, quando presentes pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I:

- a. Deficiência intelectual;
- b. Crises convulsivas;
- c. Malformação do Sistema Nervoso Central;
- d. Dismorfias;
- e. Microcefalia ou macrocefalia.

Grupo II:



a. Autismo isolado;

b. Alterações identificadas no cariótipo;

c. Síndrome do X-Frágil. Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Excluir anomalias cromossômicas no cariótipo e Síndrome do X Frágil 2. Se não forem encontradas alterações realizar CGH- Array (Hibridização Genômica Comparativa) ou SNP-array do caso índice.

3. Em caso de se identificar uma variante de significado incerto, a cobertura será obrigatória de CGH-Array Comparativa) ou SNP-array dos pais do caso índice.

Ora, havendo inclusão no rol da ANS da enfermidade *in casu* e do procedimento relacionado à mencionada definir diagnóstico, tratamento e prognóstico genético, **abusiva a negativa da seguradora em autorizar e vindicado.**

Prosseguindo, melhor sorte não assiste à apelante em relação aos múltiplos tratamentos prescritos.

Em primeiro plano, os procedimentos de **musicoterapia** e a **equoterapia** tiveram sua importância exaustiva relatada em relatórios médicos [10] cuja estratégia clínica visa que a menor seja acompanhada por equipe disciplinar a promover o desenvolvimento de habilidades de comunicação, compartilhamento e interação social. Aliás, ao que consta que estão delimitadas no art. 10 da Lei 9.656/1998, tampouco foram expressamente excluídas em cláusula de exclusão, a sua cobertura é devida. Afinal, na busca da cura, quem estabelece a orientação terapêutica a ser dada ao usuário do plano de saúde é o médico ou o profissional habilitado, não o plano de saúde.

Nesse mesmo sentido, há arestos desta Corte de Justiça que entenderam obrigatória a cobertura dos mesmos procedimentos, vejamos:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL. FORNECIMENTO DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PARA O TRATAMENTO DO ESPECTRO AUTISTA. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. RESOLUÇÃO 428/2017 DA ANS. FUNDAMENTO EXEMPLIFICATIVO. TRATAMENTO DEVIDO. SENTENÇA MANTIDA. 1. A Resolução 428/2017 da ANS, que estabelece a cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1.1.1998, para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1.1.1998, Resolução esclarece que traz orientações para a cobertura assistencial mínima, concluindo-se que seu rol é meramente exemplificativo e pode ser ampliado a depender da indicação médica frente às necessidades do paciente segurado. 2. A Resolução 428/2017 prevê cobertura para o tratamento de transtorno do espectro autista, o plano de saúde deve fornecer o tratamento multidisciplinar prescrito pelo médico que acompanha o paciente, pois o rol da ANS pode ser ampliado, com o rol de procedimentos. 2.1. **Não cabe ao plano de saúde escolher o procedimento a ser utilizado no tratamento do transtorno do espectro autista, ao médico especialista que acompanha o paciente. 3. Apelação conhecida e não provida. Honorários recusados. Recurso provido no fulcro no art. 85, §11, do Código de Processo Civil. (APC 0719393-31.2019.8.07.0001, Rel. Desembargador Federal, Turma Cível, julgado: 21/2/2020, DJE: 11/3/2020. Negrito)**

APELAÇÃO. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. INCIDÊNCIA SUBSIDIÁRIA. INEXISTÊNCIA DE CONDENAÇÃO À REPARAÇÃO POR DANOS MORAIS. AUSÊNCIA DE INTERESSE RECURSAL. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. PRESCRIÇÃO DE SESSÕES DE TERAPIAS DE FORMA ININTERRUPTA E POR TEMPO INDETERMINADO. RECUSA DE PAGAMENTO. ALEGAÇÃO DE QUE O NÚMERO DAS SESSÕES EXCEDE OS LIMITES DO CONTRATO. IMPUGNAÇÃO DO AUTOR POR TRATAMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. ILEGÍTIMA. PREVISÃO CONTRÁRIA À LIVRE ESCOLHA DO BENEFICIÁRIO. ATENDIMENTO POR PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADOS. REEMBOLSO. DETERMINAÇÃO DE RESSARCIMENTO SEGUNDO OS VALORES FIXADOS NA TABELA DE PREÇOS DO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. RESTITUIÇÃO DE FORMA INTEGRAL QUANTO AO QUE ESTEJAM DENTRO DOS LIMITES CONTRATUAIS. RESTITUIÇÃO PARCIAL QUANTO AO QUE EXCEDEREM.



QUE EXCEDAM OS LIMITES CONTRATUAIS. LEGALIDADE. RECURSO DA RÉ PARCIALMENTE DESPROVIDO. 1. Não merece conhecimento, por ausência de interesse recursal, o recurso da parte ré, no afastamento da condenação por danos morais, haja vista a inexistência de determinação nesse sentido pelas relações havidas entre as prestadoras de planos de saúde e seus beneficiários enquadrados na Lei n. 9.656/1998 subsidiária, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor. 3. **É ilegítima a recusa da ré, ora apelante, em o tratamento de menor diagnosticado com transtorno do espectro autista**, sob a justificativa de que o não atendimento das terapias (prescritas pelo médico de forma ininterrupta e por tempo indeterminado) excede os limites contratuais. **Impõe-se à operadora do plano de saúde a cobertura das sessões de psicologia, musicoterapia, psicopedagogia, terapia ocupacional e fonoaudiologia**, à luz dos princípios constitucionais do direito à saúde e à pessoa humana. 4. Igualmente reprovável é a negativa de reembolso dos gastos com atendimento por profissional credenciado, se há previsão contratual expressa que faculta ao beneficiário a opção pelo sistema de livre escolha de reembolso. 5. A sentença que determina que o ressarcimento do beneficiário observe os valores fixados na tabela de assistência à saúde revela-se escorregadia. Tampouco merece reparos a determinação de que a restituição seja o valor das sessões de tratamento que estejam dentro dos limites contratuais, e parcial (equivalente a 50% do montante total) o número de sessões de tratamento que excedam aqueles limites. 6. Recurso da ré parcialmente conhecido e parcialmente provido. (APC 0709844-13.2018.8.07.0007, Rel. Desembargadora Sandra Reves, 2ª Turma Cível, julgada em 28/6/2019. Negrito)

PROCESSO CIVIL, CIVIL E CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. HEMICÉFALIA. EQUOTERAPIA. INJUSTIFICADA. DANOS MORAIS. DANO MORAL REFLEXO. PARÂMETRO. CRITÉRIOS DE FIXAÇÃO DE VALORES. RESTRIÇÃO AO SAQUE. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS E RECURSAIS. 1. Consoante consagrado neste Tribunal de Justiça, o custeio de tratamento pelo plano de saúde pressupõe a existência de patologia, e não da terapia recomendada para tratá-la. **Cabe ao médico, que detém o conhecimento técnico e a experiência, avaliar a necessidade e a viabilidade e da eficiência do tratamento, como também das condições específicas e particulares do paciente, para a melhor orientação terapêutica.** 2. **A negativa de realização do tratamento (equoterapia) ultrapassou os limites contratuais, uma vez que a seguradora suportou a injusta recusa do plano de saúde ao tratamento prescrito pelo médico assistente e fisioterapeuta.** 3. O dano decorrente da recusa injustificada do plano de saúde em assistir o beneficiário, portanto, independe da comprovação do dano. 4. (...). 8. Apelos providos. Sem honorários recursais. (0714262-69.2019.8.07.0003, Rel. Desembargador Arquibaldo Carneiro Portela, 6ª Turma Cível, julgada em 3/8/2019. Negrito)

Segundo, ainda de acordo com o Anexo I da Resolução Normativa nº 428/2017 e Parecer Técnico nº 08/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019, os planos de saúde têm obrigatoriedade legal de oferecer cobertura de **correspondente psicológico e/ou terapeuta ocupacional**[11], cuja previsão consta na Diretriz de Utilização[12]. Nesse cenário, *está contemplada na consulta/sessão com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional*"[13], sendo também de

No particular, o tratamento de **fonoaudiologia** possui cobertura prevista no Rol em vigência (Anexo I), tanto no Rol de Cobertura (Anexo II), a qual, inclusive, teve alteração acatada, a fim de majorar a cobertura mínima obrigatória de atendimento pelo fonoaudiólogo, por ano de contrato, para pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e transtornos globais do desenvolvimento - Autismo (CID F84.0; CID F84.1; CID F84.3; F84.5; CID F84.9). O próprio contrato firmado entre as partes prevê a cobertura securitária do procedimento em questão, consoante o rol de procedimentos, confira-se o aresto do STJ:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DIALETICIDADE RECURSAL. OBSERVAÇÃO DA PRESIDÊNCIA. RECONSIDERAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. CERCEAMENTO DE DEFESA. NÃO LIMITAÇÃO OU RESTRIÇÃO A PROCEDIMENTOS MÉDICOS, FONOAUDIOLÓGICOS E HOSPITALARES ABUSIVO. RECONHECIMENTO. AGRAVO CONHECIDO PARA NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO. 3. **À luz do Código de Defesa do Consumidor, devem ser reputadas como abusivas as cláusulas que, de maneira significativa, restringem a própria essência do contrato, impondo restrições ou limitações aos procedimentos médicos, fonoaudiológicos e hospitalares** (v.g. limitação do tempo de internação, número de sessões de fonoaudiologia)



prescritos para doenças cobertas nos contratos de assistência e seguro de saúde dos contratantes. 4. Se ou sequelas relacionadas a certos eventos, em razão de previsão contratual, **não há possibilidade de restrições procedimentais prescritos pelo médico como imprescindíveis para o êxito do tratamento, inclusive no fonoaudiologia.** 5. Agravo interno provido para afastar a falta de dialeticidade recursal, conhecer do agravo e providar recurso especial. (AgInt no AREsp 1.527.318/SP, Rel. Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 10/02/2020)

No mais, quanto ao limite de sessões das terapias multidisciplinares requeridas nos presentes autos, é mister que o acórdão 9.656/98 preocupou-se em estabelecer como ilimitada a cobertura às consultas, sessões ou avaliações médicas ambulatoriais e internações hospitalares (art. 12). É dizer que restou à discricionariedade da ANS a limitação do atendimento clínico.

Daí que a jurisprudência corrente tem entendido que, malgrado a agência reguladora tenha parametrizado o acompanhamento profissional, o limite traçado seria compreendido como um *quantum* mínimo obrigatório pela seguradora, haja vista que, em respeito ao art. 51, IV, do CDC, e o corolário da boa-fé, **“há abusividade ou em ato da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de tratamento de terapia por sessões anuais asseguradas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”** (Precedente. AgInt no AREsp 1.527.318/SP, Rel. Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 15/06/2020, DJe 18/06/2020).

Logo, a cobertura das sessões dos profissionais em comento não pode ser restringida previamente pela seguradora. A insuficiência de sessões garantidas pode representar grave dano à saúde da menor. Perante o tempo indeterminado da prevenção e evolução nas habilidades cognitivas, motoras e afetivas da apelada, é indevida a negativa de sessões requeridas pelos profissionais responsáveis, sob pena de comprometer a própria eficácia da psicoterapia e o restabelecimento da saúde da segurada, colocando-a em desvantagem exagerada.

Aliás, assim já decidiu este Colegiado:

CIVIL. CONSUMIDOR. PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. DANO MATERIAL. DANO MORAL. SENTENÇA CONFIRMADA. 1. O valor da causa nas ações em que se pleiteia indenização por danos materiais e morais deve ser o valor dos pedidos, deverá corresponder a soma de todos eles, nos termos do que determina o art. 292, VI, do NCPC. 2. Os serviços de saúde constituem relação jurídica de natureza consumerista, razão pela qual as cláusulas do contrato devem ser interpretadas de modo mais favorável ao consumidor, parte vulnerável da relação contratual. 3. **A limitação do número de sessões de psicopedagogia para tratamento psiquiátrico constitui cláusula contratual nula de pleno direito em face dos artigos 51 do Código de Defesa do Consumidor e 12, inciso II, alínea "a", da Lei n. 9.656/98, além de violar a expectativa de assistência médica integral no momento da contratação, ofendendo a boa-fé que os contratos devem observar, nos termos da lei.** 4. O plano de saúde pode restringir doenças que são abrangidas pelo contrato, desde que não interfira no tipo de tratamento que o profissional de saúde responsável reputou adequado para alcançar a cura. 5. Não é possível interferir no tipo de tratamento que o profissional de saúde responsável reputou adequado para alcançar a cura. 6. Como exemplificativo, correspondente a garantia de cobertura mínima obrigatória dos planos privados de assistência médica, pois, para excluir previsão contratual mais benéfica ao consumidor. 7. Comprovando-se a realização das consultas pelo plano de saúde, o segurado faz jus ao ressarcimento no valor integral das consultas, porquanto cabe ao plano de saúde prescrito pelo médico, não lhe cabendo definir qual o melhor tratamento para o segurado. 8. A jurisprudência do Tribunal de Justiça firmou-se no sentido de que a recusa indevida ou injustificada pela operadora de plano de saúde de cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada gera direito de indenização por danos morais, em razão de tal medida agravar a situação tanto física quanto psicologicamente do beneficiário. 9. O quantum fixado a título de reparação de danos morais deve observar os parâmetros da razoabilidade e do bom senso, a fim de assegurar o caráter punitivo da medida e evitar o enriquecimento ilícito. 10. Recurso de apelação conhecido e não provido. (APC 0736214-47.2018.8.07.0001, Rel. Desembargador Geiziane de Freitas Pereira, 7ª Turma Cível, julgado: 20/11/2019, DJE: 3/12/2019, negrito).



Lado outro, o fato de o plano de saúde ter a obrigação de garantir a cobertura da integralidade do número de consultas recomendadas e a seguradora tenha que arcar de forma exclusiva com o custo total do conjunto de consultas recomendadas. A cláusula contratual que prevê **coparticipação** do segurado para as sessões eletivas que excedem o limite estabelecido pela agência reguladora. Aqui, se busca impedir a concessão indiscriminada de consultas ou o prolongamento de tratamentos e, noutro giro, evitar o desequilíbrio financeiro, entre prestações e contraprestações (art. 51, § 2º da Lei nº 9.648/98, com a redação dada pela Lei nº 13.123/2016, que altera o art. 51, § 2º da Lei nº 9.648/98, para estabelecer a onerosidade excessiva para ambas as partes (Precedente. AgInt no REsp 1831689/SP, Rel. Ministra Maria Tereza Cristovães, 3ª Turma, julgado em 18/02/2020, DJe 27/02/2020).

Para tanto, com vistas a que seja simultaneamente garantida a continuidade do tratamento da paciente sem interrupção de seu financiamento, a apelante propõe que o percentual da coparticipação deve ser estabelecido em analogia aos parâmetros de cobrança da internação da clínica psiquiátrica, sobretudo quando superados os 30 dias.

Na espécie, a apelada contratou o plano LINCX LT3 NAC PJCA, cujo mecanismo de regulação foi **sem cobertura** explícita a cláusula 8[15], *ipsis litteris*:

8. Poderei, assim como meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), utilizar o(s) **benefício(s)** por meio dos prestadores credenciados da **Operadora**, respeitadas as condições contratuais e a disponibilidade dos planos, conforme estabelecido na Entidade. (...). No caso de contratação de todos os planos deste contrato coletivo, exceto o Plano de Referência, o sistema de reembolso parcial de despesas para casos de urgência ou emergência e também para procedimentos de alta complexidade também de que, em todos os casos do uso do sistema de reembolso, deverão ser respeitados os limites contratuais de cada plano, conforme informados no Manual do Beneficiário, sendo certo que o valor do reembolso não será, em nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago por mim para as respectivas despesas.

Conforme se depreende dos autos, nenhuma das partes juntou o Manual do Beneficiário, no qual são descritas as condições de coparticipação que vigoram especificamente ao plano contratado pela apelada, de modo que a cláusula da presente mencionada não norteia qualquer critério de coparticipação, tampouco satisfaz o dever de informação clara e adequada direcionada ao consumidor.

Portanto, a ausência de previsão contratual acerca da coparticipação do segurado de plano de saúde impede a aplicação de **atendimentos multidisciplinares remanescentes ao mínimo obrigatório estabelecido pela ANS, não havendo de aplicação analógica vindicada pela operadora**, tal qual fora feito no precedente do Superior Tribunal de Justiça nº 1679190/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 02/10/2017).

Em caso similar, este Colegiado se posicionou no sentido de que “*não possui razão a ré quando procura evitar de arcar com os custos do tratamento do autor ou, ainda, procura a coparticipação do segurado nos custos. exceda 30 (trinta) dias de garantia*”[16].

Por fim, sem razão a apelante quanto ao pedido de exclusão da condenação por dano moral.

Importa acentuar que, atingido o direito da personalidade diretamente, o dano moral (**puro ou direto**) existe independentemente da existência do fato (*in re ipsa*), cujos resultados são presumidos, diversamente de quando é atingido o direito da personalidade mediante lesão a bens de natureza patrimonial (**dano moral impuro ou indireto**).

Nessa toada, nada obstante a prestação de serviço defeituoso ou o inadimplemento contratual sejam acontecidos, a ocorrência na vida em sociedade e que, por si só, não importem ofensa aos atributos da personalidade, a injusta cobrança de coparticipação no plano de saúde para **a cobertura de tratamento multidisciplinar a menor acometida de Transtorno do Espectro Autista** ultrapassa o simples descumprimento contratual e enseja a obrigação de reparar o dano moral, pois, violando o princípio da razoabilidade, agrava a aflição daquele que já se encontra fragilizado.

Inegável a angústia da pessoa que, acometida por uma doença grave busca a assistência do plano de saúde com o medicamento pretendido.



Vejamos o seguinte aresto deste Colegiado:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. DIREITO DO CONSUMIDOR. TRANSTORNO AUTISTA. NEGATIVA DE COBERTURA. RESOLUÇÃO NORMATIVA DA AGÊNCIA NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR. EXEMPLIFICATIVO. DESPESAS MÉDICAS COM PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADOS. REEMBOLSAMENTO DE DANOS MORAIS. CONFIGURADOS. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA. 1. As operadoras de plano de saúde podem estabelecer as patologias que serão cobertas pelo seguro, todavia, não podem limitar o tipo de tratamento apenas ao médico que acompanha o paciente, estabelecer a terapêutica mais apropriada para preservar ou recuperar o segurado. Desse modo, é abusiva a recusa de cobertura de procedimento médico necessário para o tratamento no plano contratado. Precedentes: Acórdão 1199066, Relator: VERA ANDRIGHI, 6ª Turma Cível, data de julgamento: 18/9/2019, publicado no DJE: 18/9/2019, Acórdão n.1102573, 00085249520168070020, Relator: GISLENE PINHEIRO, data de julgamento: 13/06/2018, Publicado no PJe: 14/06/2018. 2. **É pacífica a jurisprudência no sentido de que a operadora de plano de saúde é legal ou contratualmente obrigada, por configurar comportamento abusivo" (AgInt no AREsp n. 1.374.334, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 29/4/2019, DJe 2/5/2019). 3. Recurso improvido, recurso adesivo do autor provido. (APC 0709880-39.2019.8.07.0001, Rel. Desembargadora: LEONARDO DE CARVALHO, data de julgamento: 22/1/2020, PJe: 31/1/2020. Negrito)**

Enfim, além da proporcionalidade segundo a intensidade dos transtornos sofridos pela vítima, a compensação deve observar o princípio da razoabilidade (**modicidade e adequação**). Portanto, observadas as finalidades compensatórias pedagógica da condenação, bem assim às circunstâncias da causa, inclusive **a capacidade financeira das partes**, é proporcional e razoável o arbitramento feito na sentença, qual seja, **R\$ 5.000,00 (cinco mil reais)**.

Ante o exposto, a r. sentença deve ser mantida.

Nego provimento à apelação.

Majoro os honorários de sucumbência em 1%, nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

É como voto.

[1] Id. 16975528 – p. 4.

[2] Id. 16975532 - p. 6.

[3] Id. 16975534.

[4] Id. 16975535.

[5] Id. 16975534 - p. 2.

[6] Id. 16975538.

[7] Precedente: AgInt no AREsp 901.638 / DF, Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 20/10/2016

[8] Disponível em:

https://www.mendelics.com/exames/exoma/?gclid=EAIaIQobChMImMnx_6W56wIVh4iRCh3yVw7BEA.

[9] ANS. *Rol de procedimentos e eventos em saúde 2018: Anexo II: Diretrizes de utilização para Cobertura*



Saúde Suplementar. Brasília, 2017, p. 92. Disponível em: <
http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/RN/Anexo_II_DUT_RoI_2018_-_RETIFICADO.pdf>. Negrito.

[10] Id. 16975534, 16975536 e 16975540.

[11] Precedente. REsp 1642255/MS, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 20/04/2018

[12] Disponível em:

http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=473&

[13] Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp61/relatorio-revisao.

[14] Id 16975529 - p 1.

[15] Id. 16975528 - p. 4 e 16975529 – p.1. Negrito no original.

[16] Precedente. Acórdão 1179799, 07026374520188070012, Relator: ROMEU GONZAGA NEIVA, 7ª T julgamento: 12/6/2019, publicado no PJe: 24/6/2019.

O Senhor Desembargador GETÚLIO MORAES OLIVEIRA - 1º Vogal

Com o relator

A Senhora Desembargadora LEILA ARLANCH - 2º Vogal

Com o relator

DECISÃO

CONHECIDO. IMPROVIDO. UNANIME.

