



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO PAULO
FORO CENTRAL CÍVEL
31ª VARA CÍVEL
PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

SENTENÇA

Processo Digital nº: **1076262-67.2020.8.26.0100**
 Classe - Assunto: **Procedimento Comum Cível - Tratamento médico-hospitalar**
 Requerente: **___ e outro**
 Requerido: **Unimed do Estado de São Paulo - Federação Estadual das Cooperativas Médicas e outro**

Justiça Gratuita

Juíza de Direito: Dra. **Mariana de Souza Neves Salinas**

Vistos.

___, menor representado por seu genitor, ___
 ___, ajuizou ação de obrigação de fazer em face de **UNIMED FESP – UNIÃO DE MÉDICOS DA FEDERAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO e UNIMED DE OURINHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**. Alegou ter sido diagnosticado como portador de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtorno Específico de Aprendizagem. Asseverou que, em decorrência do diagnóstico, lhe foi prescrito tratamento multidisciplinar por tempo indeterminado, e que foi custeado seu tratamento em número limitado de sessões, e negado o tratamento com psicopedagogo. Destacou a falta de profissionais capacitados, na rede credenciada, para execução da técnica ou método de tratamento prescrito. Sustentou necessitar dos seguintes tratamentos multidisciplinares: (i) acompanhamento psicológico com especialista em terapia cognitiva comportamental infantil; (ii) acompanhamento fonoaudiológico; (iii) acompanhamento psicopedagógico; sala de aula com adaptações pedagógicas. Salientou que, diante das limitações impostas pela seguradora, seus genitores vem despendendo o importe médio de R\$ 1.200,00 (mil e duzentos) reais por mês. Discorreu sobre a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor e obrigatoriedade de custeio do tratamento multidisciplinar prescrito, ainda que não integre o rol da ANS. Ponderaram sobre o direito ao afastamento das cláusulas contratuais abusivas. Acrescentaram ser necessário o reembolso das despesas despendidas com equipe particular, tendo em vista a inexistência, na cidade onde reside, de profissionais credenciados habilitados, especializados na patologia. Pleitearam, assim, (i) a



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO PAULO
FORO CENTRAL CÍVEL
31ª VARA CÍVEL
PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

1076262-67.2020.8.26.0100 - lauda 1

condenação da ré ao custeio dos tratamentos prescritos, por tempo indeterminado; (ii) declaração de nulidade da cláusula contratual proibitiva de concessão de tratamento especializado fora da rede credenciada em caráter particular; (iii) a condenação da ré ao reembolso dos valores despendidos com o tratamento médico em questão, estimado, até o ajuizamento da demanda em R\$10.610,00 (dez mil, seiscentos e dez reais); (iv) a condenação da ré ao pagamento de indenização a título de danos morais. Requereu a concessão de tutela de urgência e os benefícios da gratuidade.

Às fls. 72/75, decisão indeferindo a gratuidade. A referida decisão foi objeto de agravo de instrumento, sendo reformada pelo E. TJSP (fls. 99/103).

Manifestação do Ministério Público às fls. 120/127.

À fl. 124 decisão indeferindo a tutela de urgência. Tal decisão foi objeto de agravo de instrumento, tendo o E. TJSP concedido efeito ativo ao recurso e posteriormente reformada em definitivo (fls. 476/478).

A requerida UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS apresentou contestação a fls. 144/158. Preliminarmente, suscitou sua ilegitimidade em figurar no polo passivo da demanda, salientando que o autor mantém relação jurídica com a UNIMED OURINHOS, inexistindo qualquer relação com a ré.

A corré UNIMED DE OURINHOS apresentou contestação às fls. 193/222. Impugnou o valor dado à causa, asseverando que o valor da mensalidade do autor seria R\$ 269,70 e não R\$ 759,10, devendo-se, assim, ser minorado o valor dado à causa. Ainda preliminarmente, discorreu sobre a ausência de interesse de agir do autor, informando que, em verdade, o autor pretende a realização de tratamento fora da rede credenciada. Salientou a suposta existência de parceria entre a médica do requerente e a clínica por ela indicada, sobrevindo inúmeras ações em face das rés, patrocinadas pelos mesmos advogados. Salientou que os tratamentos em questão jamais foram glosados pela ré junto a sua rede credenciada. Asseverou, ademais, que a inclusão da UNIMED SÃO PAULO no polo passivo tem por objetivo, tão somente, desviar a competência das Comarcas de Ourinhos e Santa Cruz do Rio Pardo. No mérito, discorreu sobre o contrato celebrado entre as partes, destacando que este não prevê a livre escolha de profissionais, sendo o atendimento restrito à rede credenciada existente. Asseverou possuir profissionais em sua rede credenciada devidamente capacitados ao atendimento do autor, não sendo viável, pois, sua



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO PAULO
FORO CENTRAL CÍVEL
31ª VARA CÍVEL
PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

1076262-67.2020.8.26.0100 - lauda 2

condenação ao custeio do tratamento em clínica particular. Impugnou, ademais, a pretensão autoral no que tange ao tratamento com psicopedagogo, pois que não possui respaldo legal ou contratual e sequer constitui profissional na área da saúde, mas de assistência à educação.

Impugnou a pretensão indenizatória. Juntou documentos.

Réplica às fls. 440/449.

Manifestação do Ministério Público às fls. 435/437, não se opondo a produção das provas pleiteadas.

É O RELATÓRIO.

FUNDAMENTO E DECIDO.

Trata-se de hipótese de julgamento antecipado da lide, nos termos do artigo 355, inciso I, do Código de Processo civil, pois as provas úteis e necessárias foram devidamente produzidas, prescindindo o feito de dilação probatória.

Acolho a preliminar de ilegitimidade de causa suscitada pela UNIMED SÃO PAULO. Isso porque, não obstante a notória existência de intercâmbio entre as unidades congêneres do grupo UNIMED, a solidariedade entre as unidades somente existe se, na situação concreta se verificar (i) urgência; (ii) ausência de atendimento especializado na área de abrangência do contrato firmado. Senão, vejamos o teor da Súmula 99, do E. TJSP:

Súmula 99 - não havendo, na área do contrato de plano de saúde, atendimento especializado que o caso requer, e existindo urgência, há responsabilidade solidária no atendimento ao conveniado entre as cooperativas de trabalho médico da mesma operadora, ainda que situadas em bases geográficas distintas

No caso dos autos, todavia, inexistente hipótese de urgência no atendimento e tampouco pleiteia a parte requerente atendimento fora da área geográfica de abrangência do plano, inexistindo, assim, qualquer fundamento para a responsabilização solidária da requerida UNIMED SÃO PAULO.

Acolho, ademais, a impugnação ao valor da causa suscitada. Isso porque, o documento acostado à fl. 110 aponta que apesar de o valor total do plano de saúde adimplido pelo representante do autor tenha o custo total de R\$ 759,10, o preço por dependente perfaz a monta de R\$ 269,79, devendo ser este valor utilizado para fins de verificação do valor da causa, somado ao



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO PAULO
FORO CENTRAL CÍVEL
31ª VARA CÍVEL
PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

1076262-67.2020.8.26.0100 - lauda 3

valor dos demais pedidos certos. Assim, imperiosa a alteração do valor da causa para o importe de R\$ 43.847,48. **Retifique-se.**

Não há que se falar em falta de interesse de agir, tendo em vista que, aparentemente, a parte requerente tentou resolver o conflito administrativamente e, ainda que não o fosse, como há muito consolidado, desnecessário o esgotamento das vias administrativas para o acesso ao Judiciário, sob pena de obstacularização indevida do acesso à justiça. Ademais, a empresa requerida efetivamente impugna a pretensão autoral, o que por si só demonstra a utilidade da demanda e sua adequação.

Salienta-se, inicialmente, a aplicação da Lei de Planos de Saúde e do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, ainda que firmados em data anterior à vigência dos respectivos diplomas protetivos. Nesse sentido, entendimento sumulado do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo:

Súmula 100: O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais.

No mesmo sentido, Súmula 608, do Colendo Superior Tribunal de Justiça: *Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos Contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.*

Trata-se de ação em que busca o autor, em síntese, a condenação da empresa requerida ao custeio integral de tratamento multidisciplinar do requerente, incluindo psicoterapia, fonoaudiologia e psicopedagogia, em clínica particular, em decorrência da suposta inexistência de profissionais habilitados na rede credenciada e sem limites de sessões. Requerer, ainda, o autor, a condenação das rés ao reembolso integral dos valores despendidos com as terapias e ao pagamento de indenização pelos danos morais em tese suportados.

Inicialmente, há que se destacar que não configura abusiva a limitação de cobertura de terapias multidisciplinares e de reabilitação, desde que o contrato deixe claro ao consumidor aderente a existência de limitações de atendimento e cobertura. Como é cediço, as limitações são indispensáveis ao cálculo atuarial que culmina na fixação do valor das mensalidades dos planos de saúde, de modo a beneficiar todos os consumidores, por possibilitar



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO PAULO
FORO CENTRAL CÍVEL
31ª VARA CÍVEL
PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

1076262-67.2020.8.26.0100 - lauda 4

um plano de saúde com um preço mais acessível.

De tal sorte, não se pode olvidar que os convênios e seguradoras de saúde são empresas privadas, de modo que os contratos e planos de saúde por eles entabulados constituem, em verdade, o exercício de suas atividades econômicas, havendo, portanto, que se prestigiar, minimamente, o princípio da autonomia da vontade das partes, ressaltando-se os direitos básicos do consumidor.

Ressalta-se, nesse sentido, que o afastamento de cláusulas limitativas de responsabilidade dos convênios e seguradoras de saúde, fixadas de acordo com a idade, estado de saúde e valor do prêmio, acarretaria consequências negativas ao próprio mercado de consumo, como, por exemplo, a inviabilização da atividade econômica por parte dos convênios, ou o reflexo da socialização de tais variantes nos valores dos planos de saúde para todos os consumidores, indistintamente, ocasionaria o aumento do custo dos planos de saúde, o que oneraria o consumidor em geral.

Em tal sentido, da simples análise do contrato acostado às fls. 263/289 e dos argumentos trazidos pela própria autora, tem-se que o plano de saúde contratado não permite, em princípio, a livre escolha da rede médica, devendo os beneficiários, para a total cobertura, se valer da rede credenciada. Sabe-se, por outro lado, que a excepcional obrigação da requerida de custeio ou reembolso de serviços prestados pela rede particular somente encontra lugar em situações em que o beneficiário se vê indevidamente privado de atendimento coberto pelo plano, como em situações de urgência e emergência em que não há a possibilidade de escolha de unidade referenciada, ou, ainda, quando não houver na localidade a especialidade prescrita ao quadro clínico do beneficiário.

No caso dos autos, conquanto o autor alegue, de maneira genérica, que inexistem em sua localidade profissionais da rede referenciada aptos a prestação do atendimento multidisciplinar que lhe foi prescrito, acostou a empresa requerida, às fls. 342/413 e 430/431, lista de profissionais credenciados ao plano do autor aptos à prestação do atendimento perquirido. Por outro lado, não trouxe a parte requerente, em réplica (fls. 440/449) impugnação específica ou argumentos aptos a demonstrar a inadequação dos profissionais indicados ao tratamento necessitado.

Diante deste quadro, inviável a pretensão autoral no que concerne à realização do tratamento em rede particular, pois demonstrou a empresa ré a suficiência e adequação de seus



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO PAULO
FORO CENTRAL CÍVEL
31ª VARA CÍVEL
PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

1076262-67.2020.8.26.0100 - lauda 5

referenciados ao tratamento suscitado pelo requerente.

Em consequência, improcedente a pretensão no que tange ao reembolso dos valores despendidos para o pagamento da rede particular, pois, como acima esclarecido, inexistente a obrigação por parte das seguradoras requeridas no que concerne ao custeio de tratamentos realizados fora da rede referenciada, salvo nas hipóteses excepcionais a que se fez alusão.

No que concerne à limitação do número de sessões, verifica-se que o contrato, ao delinear suas condições gerais, exclui expressamente a cobertura de tratamentos multidisciplinares (fls. 282/283, item XVIII), tais como fonoaudiologia, terapia ocupacional e tratamento psicológico, entendendo-se, de tal modo, ser aplicável tão somente a cobertura mínima estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para a doença em questão.

A respeito do tema, a ANS estabeleceu, rol de cobertura mínima¹ para os transtornos do autor (CID 10 F90.0 + F81.0 + F81.81), no que concerne ao atendimento multidisciplinar, o qual deverá ser respeitado pelo plano de saúde em questão em havendo omissão ou cláusula mais severa ao consumidor. Senão, vejamos:

104. CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO

1. Cobertura mínima obrigatória de 24 sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.6);
- b. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- c. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- d. **pacientes com transtornos hipercinéticos - TDAH (CID F90);**
- e. dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);
- f. pacientes com apnéia de sono (G47.3);
- g. pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (T-20);
- h. pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (T-27);
- i. pacientes com queimadura de boca e da faringe (T-28.0);
- j. pacientes com disфонia não crônica (CID R49.0).

4. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 12 sessões por ano de contrato.

¹ <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339>



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO PAULO
FORO CENTRAL CÍVEL
31ª VARA CÍVEL
PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

1076262-67.2020.8.26.0100 - lauda 6

106. SESSÃO DE PSICOTERAPIA

1. Cobertura mínima obrigatória de 18 sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. *pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);*
- b. *pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);*
- c. *pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);*
- d. *pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);*
- e. *pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39);*
- f. *pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19);*
- g. *pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID F60 a F69).*

Assim, da análise dos referidos dispositivos, verifica-se que, para os transtornos que acometem o requerente, o número mínimo de sessões de fonoaudiologia é de 36 sessões por ano, correspondente a soma dos números mínimos para cada um dos transtornos (24 F90 + 12 F81), assim como o número mínimo de sessões anuais para a psicoterapia também perfaz o total de 36 sessões por ano, equivalente a soma da cobertura mínima por moléstia (18 F90 + 18 F81).

Procedente, de tal sorte, a pretensão autoral no que concerne ao afastamento da cláusula contratual que prevê a exclusão de terapias multidisciplinares, como fonoaudiologia e psicoterapia (Capítulo III, item XVIII – fls. 282/283). Todavia, a cobertura de tais procedimentos deverá respeitar os limites de sessões estabelecidos pela ANS, acima transcritos.

Por fim, no que tange ao acompanhamento de psicopedagogia tem-se que a referida modalidade de atendimento multidisciplinar não encontra previsão no contrato firmado entre as partes, e igualmente não consta no rol de procedimentos obrigatórios da ANS, de modo que não há respaldo legal ou contratual a embasar a obrigação de custeio deste tratamento à



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO PAULO
FORO CENTRAL CÍVEL
31ª VARA CÍVEL
PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

1076262-67.2020.8.26.0100 - lauda 7

seguradora requerida.

No que concerne ao pedido indenizatório, tem-se que a responsabilidade civil é composta pelos requisitos da conduta ilícita, nexo de causalidade e dano.

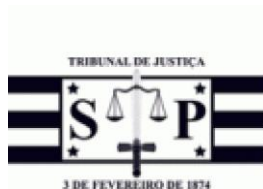
No caso dos autos, não obstante o contrato prever a exclusão das terapias multidisciplinares, de acordo com as próprias afirmações do requerente, não houve expressa negativa quanto à cobertura das sessões de fonoaudiologia e psicoterapia, as quais tiveram tão somente o número de sessões limitadas, o que, conforme acima verificado, é permitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Em tal sentido, não restou verificada a efetiva existência de ato ilícito por parte da ré, sendo, portanto, improcedente a responsabilização da ré por eventuais prejuízos morais supostamente suportados pelo autor.

Ante o exposto, **JULGO PROCEDENTES em parte** os pedidos para declarar a nulidade da cláusula contratual que exclui tratamento fonoaudiológico e psicoterápico (Capítulo III, item XVIII – fls. 282/283) e determinar a cobertura de tais procedimento de acordo com o limite de sessões previstos no rol de procedimentos mínimos da ANS, em rede credenciada, conforme fundamentação da presente sentença. Em consequência, **JULGO EXTINTO** o processo, com fulcro no artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil. Ademais, **JULGO EXTINTO** o processo, sem resolução de mérito, o processo em relação a ré UNIMED FESP – UNIÃO DE MÉDICOS DA FEDERAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, reconhecendo sua ilegitimidade em figurar no polo passivo da demanda, nos termos do disposto do artigo 485, inciso VI, do Código de Processo Civil.

Em razão da sucumbência mínima das rés, o autor arcará com o pagamento das custas e despesas processuais, bem como dos honorários advocatícios das requeridas, ora arbitrados, em 10% sobre o valor da causa, nos termos do artigo 85, § 2º c.c 86, parágrafo único, ambos do Código de Processo Civil.

Por ser a parte autora beneficiária da gratuidade da justiça, as obrigações decorrentes de sua sucumbência ficarão sob condição suspensiva de exigibilidade e somente poderão ser executadas se, nos 5 (cinco) anos subsequentes ao trânsito em julgado desta decisão, o



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO PAULO
FORO CENTRAL CÍVEL
31ª VARA CÍVEL
PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900
Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

1076262-67.2020.8.26.0100 - lauda 8

credor demonstrar que deixou de existir a situação de insuficiência de recursos que justificou a concessão de gratuidade, extinguindo-se, passado esse prazo, tais obrigações do beneficiário (CPC, artigo 98, § 2º e 3º).

Oportunamente, arquivem-se os autos procedendo-se às anotações necessárias.

P.R.I.

São Paulo, 12 de julho de 2021.

**DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA LEI 11.419/2006,
CONFORME IMPRESSÃO À MARGEM DIREITA**

1076262-67.2020.8.26.0100 - lauda 9