



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**6ª 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: **1137403-53.2021.8.26.0100**  
 Classe - Assunto: **Procedimento Comum Cível - Tratamento médico-hospitalar**  
 Requerente: \_\_\_\_\_  
 Requerido: \_\_\_\_\_ **Assistência Médica Internacional LTDA**

Tramitação prioritária

Juiz(a) de Direito: Dr(a). **Fabio Coimbra Junqueira**

Vistos.

Trata-se de demanda proposta \_\_\_\_\_

RIBEIRO, representado por \_\_\_\_\_ em face de \_\_\_\_\_ S.A. em que pretende a condenação da ré ao cumprimento da obrigação de fazer. Narra a inicial que o autor tem 5 (cinco) anos de idade e foi diagnosticado com transtorno do espectro autista (CID 10 F84), o que causa comprometimentos cognitivos. Diante disso, segundo a prescrição médica, o tratamento mais indicado ao autor é o correspondente ao denominado método de tratamento com terapia multidisciplinar em técnica ABA em ambiente natural (casa ou escola), com pelo menos Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Ressalva a necessidade de início imediato tratamento e manutenção por tempo indeterminado. O tratamento multidisciplinar, todavia, o tratamento deve ser ministrado no ambiente escolar ou familiar, reforçando que tal quadro é agravado em função da distância da casa do autor até algumas clínicas credenciadas para o tratamento. Menciona, entre outras, as seguintes clínicas- Clínica Alcance, Clínica Humanamente, Clínica Fisiopeti, e Clínica Cia. Com isso, considerando que as demais clínicas, indicadas pela ré, não possuem atendimento para as terapias indicadas ao autor e as listadas acima são distantes, a ausência de cobertura integral do tratamento evidente negativa.

Por tudo isso, pede, pois, que o réu seja instado a promover a cobertura do tratamento na forma pretendida. Juntou documentos.

A tutela de urgência foi deferida parcialmente às páginas 48/51, ressaltando a questão da distância dos locais de tratamento.

Antes de citada para os termos da demanda, a ré ofertou contestação às páginas 265-297. Defende a ausência de obrigatoriedade de cobertura do tratamento



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

COMARCA DE SÃO PAULO

FORO CENTRAL CÍVEL

6ª VARA CÍVEL

PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900

**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**1137403-53.2021.8.26.0100 - lauda 1**

multidisciplinar pelo método ABA, sobretudo em atendimento domiciliar, tampouco é previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Ainda, deve ser submetida a parte autora aos limites contratuais, devendo ser afastado também o pedido de danos morais.

O autor apresentou réplica às páginas 470/487, tendo a Douta Promotora de Justiça se manifestado a fls. 496-501 pelo acolhimento integral da demanda.

É o relatório do essencial.

Fundamento e decido.

No caso ora sob exame, o autor é portador do denominado transtorno do espectro autista (CID 10 F84) e em razão disso foi-lhe prescrita terapia doméstica pelo método ABA, mediante a intervenção e de equipe multidisciplinar, englobando psicólogo e fonoaudiólogo.

Os documentos clínicos acostados aos autos comprovam quantum satis a necessidade desta modalidade de tratamento, conforme relatórios de páginas 38-40.

Dessa arte, com relação ao tratamento em si mesmo considerado, a sua necessidade está devidamente comprovada nos autos, sendo, pois, desnecessária a realização de prova pericial. Nessa quadra jurídica, está sedimentado em nossa jurisprudência pátria que uma vez coberta pelo contrato o tratamento de determinada doença, havendo indicação médica, não pode a seguradora ou operadora de plano de saúde eleger aquele tratamento que entende mais adequado ou restringir os procedimentos aos expressamente contemplados no sinalagma.

A ANS define uma lista de consultas, exames e tratamentos, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que os planos de saúde são obrigados a oferecer, conforme cada tipo de plano de saúde - ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico.

Trata-se de um rol mínimo e obrigatório que não exclui a obrigatoriedade de outros tratamentos, desde que sejam necessários para o paciente e que aqueles constantes da lista divulgada pela ANS não sejam suficientes ou idôneos para o caso concreto. Uma vez coberta a enfermidade pelo contrato de seguro-saúde, não pode a seguradora eleger o tratamento que mais lhe convém sob a ótica financeira, devendo realizar a cobertura de todos os procedimentos necessários ao tratamento digno do segurado.

Consoante a doutrina de Roberto Augusto Castellanos Pfeiffer:

“Um dos aspectos que mais geram conflitos entre os consumidores e operadoras de planos de saúde refere-se à extensão da cobertura. Antes da edição da Lei 9.656/98, inclusive, era bastante comum a inclusão nos contratos de cláusulas que restringiam o âmbito da cobertura, excluindo determinados tipos de doença ou restringindo a quantidade ou qualidade dos



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**6ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**1137403-53.2021.8.26.0100 - lauda 2**

procedimentos médicos que poderiam ser utilizados. As normas do Código de Defesa do Consumidor já ofereciam o instrumental necessário para tornar nulas tais cláusulas. Com efeito, os contratos de plano de saúde possuem natureza aleatória, nos quais é pactuada a obrigação de os consumidores pagarem parcelas mensais, enquanto os fornecedores se obrigam a custear os gastos médicos que forem necessários ao restabelecimento da saúde do consumidor, sempre que ocorrer o evento aleatório, ou seja, a necessidade de tratamento. Neste contexto, os arts. 18, § 6º, III, e 20, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor estabelecem a necessidade da adequação dos produtos e serviços à expectativa legítima do consumidor.

É evidente que, ao contratar um plano de assistência privada à saúde, o consumidor tem a legítima expectativa de que, caso fique doente, a empresa contratada arque com os custos necessários ao restabelecimento de sua saúde. As cláusulas restritivas atentam contra a expectativa legítima do consumidor de integral assistência para o restabelecimento da saúde.” (Saúde e Responsabilidade 2, a nova assistência privada à saúde, RT, página 37).

Cláudia Lima Marques obtempera:

“Nesse sentido, a relação contratual básica do plano de saúde é uma obrigação de resultado, um serviço que deve possuir a qualidade e a adequação imposta pela nova doutrina contratual. É obrigação de resultado porque o que se espera do segurador ou prestador é um “fato”, um “ato” preciso, um prestar serviços médicos, um reembolsar quantias, um fornecer exames, alimentação, medicamentos, um resultado independente dos “esforços” (diligentes ou não) para a obtenção dos atos e fatos contratualmente esperados. Se o consumidor irá curar-se (ou não) é incerto, mas que a vinculação contratual entre consumidor e fornecedor de serviços obriga este a internar aquele, tratá-lo e propiciar serviços de assistência médica ou hospitalar na sua rede, ou simplesmente reembolsar a quantia despendida, isso é certo.” (Contratos no Código de Defesa do Consumidor, O novo regime das relações contratuais, 6ª. Edição, RT, páginas 518/519). Portanto, dentro deste contexto científico, não pode a seguradora eleger quais tratamentos serão cobertos e aqueles outros que não serão custeados porque não constam do contrato ou do rol mínimo de procedimentos obrigatórios divulgado pela ANS. Uma vez justificada a necessidade do tratamento, não pode a seguradora recusar-se a realizar a cobertura sob o argumento de omissão do rol da ANS.

Além disso, conforme bem posto pelo saudoso Ministro Carlos Alberto Menezes Direito:

"O plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Se a patologia está



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**6ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**1137403-53.2021.8.26.0100 - lauda 3**

coberta, no caso, o câncer, é inviável vedar a quimioterapia pelo simples fato de ser esta uma das alternativas possíveis para a cura da doença. A abusividade da cláusula reside exatamente nesse preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, em razão de cláusula limitativa, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta." (REsp 668216/SP).

O Superior Tribunal de Justiça reconheceu a nulidade até mesmo da cláusula expressa de exclusão de determinado tratamento:

“O objetivo do contrato de seguro de assistência médico-hospitalar é o de garantir a saúde do segurado contra evento futuro e incerto, desde que esteja prevista contratualmente a cobertura referente à determinada patologia; a seguradora se obriga a indenizar o segurado pelos custos com o tratamento adequado desde que sobrevenha a doença, sendo esta a finalidade fundamental do seguro-saúde. Somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente; a seguradora não está habilitada, tampouco autorizada a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a vida do consumidor.

Além de ferir o fim primordial do contrato de seguro-saúde, a cláusula restritiva de cobertura de transplante de órgãos acarreta desvantagem exagerada ao segurado, que celebra o pacto justamente ante a imprevisibilidade da doença que poderá acometê-lo e, por recluir não ter acesso ao procedimento médico necessário para curar-se, assegura-se contra tais riscos. Cercear o limite da evolução de uma doença é o mesmo que afrontar a natureza e ferir, de morte, a pessoa que imaginou estar segura com seu contrato de “seguro-saúde”; se a ninguém é dado prever se um dia será acometido de grave enfermidade, muito menos é permitido saber se a doença, já instalada e galopante, deixará de avançar para o momento em que se tornar necessário procedimento médico ou cirúrgico que não é coberto pelo seguro médico-hospitalar contratado. A negativa de cobertura de transplante – apontado pelos médicos como essencial para salvar a vida do paciente –, sob alegação de estar previamente excluído do contrato, deixa o segurado à mercê da onerosidade excessiva perpetrada pela seguradora, por meio de abusividade em cláusula contratual.” (REsp 1053810/SP - Ministra NANCY ANDRIGHI - T3 - TERCEIRA TURMA - DJe 15/03/2010).

Na espécie vertente, o tratamento indicado ao autor é inegavelmente superior aos tratamentos convencionais. Não se trata, pois, de uma mera opção entre dois



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

COMARCA DE SÃO PAULO

FORO CENTRAL CÍVEL

6ª VARA CÍVEL

PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900

**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**1137403-53.2021.8.26.0100 - lauda 4**

tratamentos de igual eficiência, mas sim de um de maior eficácia em detrimento de outro que com o avançar da medicina se mostra defasado e com maiores riscos para a saúde do paciente.

Segundo já decidido pelo Superior Tribunal de Justiça quanto ao tema em debate:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. USO FORA DA BULA. OFF LABEL. RECUSA INDEVIDA. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONSONÂNCIA COM JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA N. 83 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. 1. A jurisprudência desta Corte é no sentido de que os planos de saúde podem, por expressa disposição contratual, restringir as enfermidades cobertas, sendo-lhes vedado, no entanto, limitar os tratamentos a serem realizados, inclusive os experimentais. Considera-se abusiva a negativa de cobertura de plano de saúde quando a doença do paciente não constar na bula do medicamento prescrito pelo médico que ministra o tratamento (uso off-label). 2. Inadmissível o recurso especial quando o entendimento adotado pelo Tribunal de origem coincide com a jurisprudência do STJ (Súmula n. 83/STJ). 3. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no REsp 1795361 / SP - Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA - T4 - QUARTA TURMA - DJe 22/08/2019)

AGRAVO INTERNO. DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE EMPRESA SEM FINS LUCRATIVOS E QUE OPERA POR AUTOGESTÃO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE USO DOMICILIAR - OFF LABEL - EXPERIMENTAL - ROL DA ANS. OBRIGATORIEDADE. 1. A avaliação acerca da abusividade da conduta de entidade de autogestão ao negar a cobertura de medicamentos ou tratamentos médicos está sujeita à aplicação subsidiária das normas gerais e dos preceitos do Código Civil, em virtude da natureza do negócio firmado, a teor dos artigos 422, 423 e 424 do CC. Precedentes. 2. É abusiva a recusa da operadora do plano de saúde de arcar com a cobertura do medicamento prescrito pelo médico para o tratamento do beneficiário, sendo ele off label, de uso domiciliar, ou ainda, não previsto em rol da ANS, e, portanto, experimental, mesmo se tratando de instituições sem fins lucrativos e que operam por autogestão. 3. Agravo interno não provido. (AgInt no REsp 1712056 / SP - Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO - T4 - QUARTA TURMA - DJe 18/12/2018 - RMD CPC vol. 88 p. 103).

Em suma a recusa manifestada pelo réu está em dissonância com o entendimento firmado por nossos Tribunais, sobretudo diante do que preconizam as súmulas 95, 96 e 102 do Tribunal de Justiça de São Paulo. O tratamento em questão há de ser feito em clínica integrante da rede credenciada pela ré. De outro modo, o tratamento deve, sempre que possível, ser



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**6ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**1137403-53.2021.8.26.0100 - lauda 5**

realizado na rede credenciada.

Se restar demonstrado que as clínicas credenciadas não dispõem de competência técnica para aplicação da abordagem ABA de modo multidisciplinar, o tratamento deve ser realizado em clínica particular, custeado pelo plano de saúde, não sendo, ademais, a distância da clínica até a residência do autor circunstância a autorizar o contrário. Do mesmo modo, não deve ser acolhido o custeio do tratamento em ambiente escolar, uma vez que o autor, como dito, poderá se dirigir à clínica para realização do tratamento.

Portanto, não havendo clínica credenciada, a cobertura há de ser feita por meio do sistema de reembolso, nos termos do pactuado no contrato (artigo 24 do regulamento do plano).

Conforme deliberado pelo STJ:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. HOSPITAL PRIVADO NÃO CREDENCIADO. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. AUSÊNCIA. RESSARCIMENTO DEVIDO, LIMITADO AO MONTANTE ESTABELECIDO CONTRATUALMENTE EM TABELA. MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO ATUARIAL. PRESERVAÇÃO DA BOA-FÉ. PROTEÇÃO DA CONFIANÇA. 1. Ação ajuizada em 28/9/2012. Recurso especial interposto em 30/6/2016. Autos conclusos ao Gabinete do Relator em 18/6/2018. 2. O propósito recursal é definir se é cabível o reembolso de despesas, efetuadas por beneficiário de plano de saúde em estabelecimento não contratado, credenciado ou referenciado pela operadora, em situação não caracterizada como caso de urgência ou emergência. 3. O comando do art. 12, VI, da Lei 9.656/98 dispõe, como regra, que o reembolso de despesas médicas em estabelecimentos não contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras está limitado às hipóteses de urgência ou emergência. 4. Todavia, a exegese desse dispositivo que mais se coaduna com os princípios da boa-fé e da proteção da confiança nas relações privadas - sobretudo considerando a decisão do STF, em repercussão geral (Tema 345), acerca do ressarcimento devido ao SUS pelos planos de saúde - é aquela que permite que o beneficiário seja reembolsado quando, mesmo não se tratando de caso de urgência ou emergência, optar pelo atendimento em estabelecimento não contratado, credenciado ou referenciado pela operadora, respeitados os limites estabelecidos contratualmente. 5. Esse entendimento respeita, a um só tempo, o equilíbrio atuarial das operadoras de plano de saúde e o interesse do beneficiário, que escolhe hospital não integrante da rede credenciada de seu plano de saúde e, por conta disso, terá de arcar com o excedente da tabela de reembolso prevista no contrato. 6. Tal solução reveste-se de razoabilidade, não impondo desvantagem exagerada à





**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**6ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**1137403-53.2021.8.26.0100 - lauda 6**

recorrente, pois a suposta exorbitância de valores despendidos pelos recorridos na utilização dos serviços prestados por médico de referência em seu segmento profissional será suportada por eles, dado que o reembolso está limitado ao valor da tabela do plano de saúde contratado. RECURSO ESPECIAL NÃO PROVIDO, COM MAJORAÇÃO DE HONORÁRIOS. (REsp 1760955 / SP - Ministra NANCY ANDRIGHI - T3 - TERCEIRA TURMA - DJe 30/08/2019).

Finalmente, o transtorno de espectro autista é situação comprometedora do desenvolvimento padrão da criança, causando preocupações e angústias não desconsideráveis a ela e sua família, notadamente porque, no caso, a recusa à continuidade do tratamento causou atraso global do neuro desenvolvimento, segundo relatório médico de fls. 45-49.

Por consequência, a negativa de cobertura não representa mero inadimplemento contratual, mas circunstância que configura responsabilidade civil indenizável do plano de saúde (arts. 186 e 927, CC). À míngua de expressa disposição legal, observandose os princípios da proporcionalidade e razoabilidade, bem como o grau de culpa da ré (art. 944, § único, do CC), mostra-se adequado e suficiente o valor indenizatório de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). Esse valor deverá ser corrigido monetariamente pela tabela prática do TJ-SP desde este arbitramento (Súmula 362, STJ), e com juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação (art. 240, CPC).

Em face do exposto, julgo parcialmente procedente a demanda para o exato fim de impor ao réu o cumprimento da obrigação de fazer consistente na cobertura do tratamento indicado ao autor pelo método ABA, sem limitação de sessões, em clínica integrante da rede referenciada ou, caso não haja, mediante reembolso calculado nos termos do contrato. Confirma a tutela de urgência.

Condeno ainda a ré ao pagamento de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) a título de danos morais. Esse valor deverá ser corrigido monetariamente pela tabela prática do TJSP desde este arbitramento (Súmula 362, STJ), e com juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação (art. 240, CPC).

Em razão da sucumbência mínima do autor, condeno a ré ao pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios que fixo em 15% sobre o valor atualizado da causa, com espeque no artigo 86, parágrafo único do CPC. P.I.C.



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**6ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**1137403-53.2021.8.26.0100 - lauda 7**

São Paulo, 10 de março de 2022.

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

**1137403-53.2021.8.26.0100 - lauda 8**