



Número: **0802701-94.2024.8.14.0000**

Classe: **AGRAVO DE INSTRUMENTO**

Órgão julgador colegiado: **2ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargador AMILCAR ROBERTO BEZERRA GUIMARÃES**

Última distribuição : **26/02/2024**

Valor da causa: **R\$ 1.412,00**

Processo referência: **0813170-72.2024.8.14.0301**

Assuntos: **Liminar**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
POSTAL SAUDE - CAIXA DE ASSISTENCIA E SAUDE DOS EMPREGADOS DOS CORREIOS (AGRAVANTE)	FELIPE MUDESTO GOMES (ADVOGADO)
I. C. R. D. C. (AGRAVADO)	MAURA POLIANA SILVA RIBEIRO (ADVOGADO) EVERSON PINTO DA COSTA (ADVOGADO)

Outros participantes	
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (AUTORIDADE)	LEILA MARIA MARQUES DE MORAES (PROCURADOR)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
22185117	19/09/2024 12:06	Acórdão	Acórdão

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

AGRAVO DE INSTRUMENTO (202) - 0802701-94.2024.8.14.0000

AGRAVANTE: POSTAL SAUDE - CAIXA DE ASSISTENCIA E SAUDE DOS EMPREGADOS DOS CORREIOS

AGRAVADO: I. C. R. D. C.

RELATOR(A): Desembargador AMILCAR ROBERTO BEZERRA GUIMARÃES

EMENTA

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

2ª Turma de Direito Privado

AGRAVO DE INSTRUMENTO (202) 0802701-94.2024.8.14.0000

AGRAVANTE: POSTAL SAUDE - CAIXA DE ASSISTENCIA E SAUDE DOS EMPREGADOS DOS CORREIOS

Advogado do(a) AGRAVANTE: FELIPE MUDESTO GOMES - MG126663-A

AGRAVADO: I. C. R. D. C.

Advogados do(a) AGRAVADO: MAURA POLIANA SILVA RIBEIRO - PA12008-A, EVERSON PINTO DA COSTA - PA19604-A

RELATOR: DES. AMILCAR ROBERTO BEZERRA GUIMARÃES

EMENTA. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PACIENTE PORTADOR DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). TREINO PARENTAL. AUSÊNCIA DE PREVISÃO NO ROL DA ANS. ROL TAXATIVO. EXCEÇÃO PREVISTA NA LEI 14.454/2022 NÃO COMPROVADA NOS AUTOS. OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE FORNECE OS TRATAMENTOS PRESCRITOS

EM REDE CREDENCIADA. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.

1. O rol de cobertura previsto pela ANS é taxativo, porém a Lei nº 14.454/2022 prevê duas exceções para cobertura caso o tratamento ou procedimento prescrito pelo médico não estejam previstos.
2. A fim de que seja devida a cobertura pela operadora do plano de saúde, deve a parte interessada comprovar que o procedimento prescrito se enquadra nas exceções previstas nos incisos I e II, do § 13º, do art. 10 da Lei 9.656/1998.
3. Não restando devidamente comprovado o enquadramento nas exceções previstas no dispositivo legal, não incide a obrigatoriedade da operadora do plano de saúde em custear o tratamento prescrito pelo médico assistente do paciente.
4. Sendo disponibilizado o tratamento em rede credenciada da operadora do plano de saúde, não deve esta ser obrigada a pagar tratamento em clínica escolhida pelo consumidor fora da rede conveniada.
5. No presente caso, a agravante dispõe de clínicas credenciadas a fim de realizar o tratamento indicado pelo médico assistente.
6. Recurso conhecido e provido.

A C Ó R D Ã O

Vistos, relatados e discutidos estes autos, onde figuram como partes as acima identificadas, acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores membros da Colenda 2ª Turma de Direito Privado do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Pará na Sessão Ordinária – Plenário Virtual - com início às 14:00 h., do dia ___ de _____ de 2024 em **conhecer e dar provimento** ao presente recurso de Agravo de Instrumento, nos termos do voto do Exmo. Desembargador Relator Amilcar Roberto Bezerra Guimarães.

AMILCAR ROBERTO BEZERRA GUIMARÃES

Desembargador Relator

RELATÓRIO



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

2ª Turma de Direito Privado

AGRAVO DE INSTRUMENTO (202) 0802701-94.2024.8.14.0000

AGRAVANTE: POSTAL SAUDE - CAIXA DE ASSISTENCIA E SAUDE DOS EMPREGADOS DOS CORREIOS

Advogado do(a) AGRAVANTE: FELIPE MUDESTO GOMES - MG126663-A

AGRAVADO: I. C. R. D. C.

Advogados do(a) AGRAVADO: MAURA POLIANA SILVA RIBEIRO - PA12008-A, EVERSON PINTO DA COSTA - PA19604-A

RELATOR: DES. AMILCAR ROBERTO BEZERRA GUIMARÃES

RELATÓRIO

Trata-se de **AGRAVO DE INSTRUMENTO** com pedido de efeito suspensivo interposto por POSTAL SAÚDE – CAIXA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE DOS EMPREGADOS DOS CORREIOS objetivando a reforma parcial do *decisum* interlocutório proferido pelo MM. Juízo da 7ª Vara Cível e Empresarial de Belém, na parte que deferiu o pedido de tutela de urgência Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência (Proc. nº 0813170-72.2024.8.14.0301) ajuizada por I.C.R.D.C., representado por João Flávio Barbosa de Carvalho.

Nas razões recursais de ID 18220900, a parte recorrente alega, em suma, que o recorrido é portador de Transtorno do Espectro Autista, e que a clínica indicada pelo demandante não é credenciada junto à rede assistencial, bem como é indevida a cobertura do tratamento indicado ao menor. Informa que possui clínicas credenciadas que atendem os pacientes que necessitam do tratamento prescrito pela médica assistente.

Requeru, assim, o deferimento de efeito suspensivo ao recurso a fim de desobrigar o custeio do tratamento nas modalidades indicadas e na clínica particular escolhida pela parte agravada.

Contrarrazões da parte agravada em petição de ID 19586981, na qual rechaça os argumentos da agravante e requer a manutenção da decisão de piso.

Parecer D. Representante do Ministério Público na qual se manifesta pelo desprovimento do agravo de instrumento (ID 20290708).

É o breve relatório.

VOTO

VOTO

DO RECEBIMENTO

O recurso é cabível (art. 1015, I do CPC), devidamente preparado, tempestivo, pelo que, preenchidos os pressupostos de admissibilidade, conheço do presente Agravo de Instrumento.

DO CONHECIMENTO

Tendo sido preenchidos os pressupostos recursais intrínsecos e extrínsecos, conheço do presente recurso.

DA ANÁLISE DO PEDIDO DA REFORMA

A controvérsia recursal se limita ao custeamento pela operadora de saúde do tratamento treino parental indicado pelo médico assistente da parte agravada, que é portadora do Transtorno do Espectro Autista (TEA), bem como ao atendimento em clínica credenciada à rede da agravante.

Pois bem. Após acurada análise dos autos, adianto que assiste razão à recorrente. Explico.

DA CORBERTURA DO TREINO PARENTAL

O Superior Tribunal de Justiça entendeu que o rol dos procedimentos elencados pela ANS é taxativo, não estando as operadoras de saúde obrigadas a cobrir tratamentos não previstos na lista (EREsp 1886929 e EREsp 1889704). Vejamos:

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. DIVERGÊNCIA ENTRE AS TURMAS DE DIREITO PRIVADO ACERCA DA TAXATIVIDADE OU NÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, INEQUIVOCAMENTE ESTABELECIDNA NA SUA PRÓPRIA LEI DE CRIAÇÃO. ATO ESTATAL DO REGIME JURÍDICO DE DIREITO ADMINISTRATIVO AO QUAL SE SUBMETEM FORNECEDORES E CONSUMIDORES DA RELAÇÃO CONTRATUAL DE DIREITO PRIVADO. GARANTE A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO, A RECUPERAÇÃO E A REABILITAÇÃO DE TODAS AS ENFERMIDADES. SOLUÇÃO CONCEBIDA E ESTABELECIDNA PELO LEGISLADOR PARA EQUILÍBRIO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. ENUNCIADO N. 21 DA I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE

DO CNJ. CDC. APLICAÇÃO SUBSIDIÁRIA À RELAÇÃO CONTRATUAL, SEMPRE VISANDO O EQUILÍBRIO. HARMONIZAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DA PRIMEIRA E SEGUNDA SEÇÕES NO SENTIDO DE VELAR AS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E A DISCRICIONARIEDADE TÉCNICA DA AUTARQUIA ESPECIALIZADA. FIXAÇÃO DA TESE DA TAXATIVIDADE, EM REGRA, DA RELAÇÃO EDITADA PELA AGÊNCIA, COM ESTABELECIMENTO DE PARÂMETROS OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS SUBMETIDAS AO JUDICIÁRIO. 1. A Lei n. 9.961/2000 criou a ANS, estabelecendo no art. 3º sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Já o art. 4º, III, elucida que compete à ANS elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades. 2. Por inequívoca opção do legislador, extrai-se tanto do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 quanto do art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000 que é atribuição dessa agência elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Nessa toada, o Enunciado n. 21 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ propugna que se considere, nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei n. 9.656/1998, o Rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas. 3. Por um lado, a Resolução Normativa ANS n. 439/2018, ora substituída pela Resolução Normativa ANS n. 470/2021, ambas dispondendo sobre o rito processual de atualização do Rol, estabelece que as propostas de sua atualização serão recebidas e analisadas mediante critérios técnicos relevantes de peculiar complexidade, que exigem alto nível de informações, quais sejam, utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde - ATS, princípios da saúde baseada em evidências - SBE, manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor. Por outro lado, deixando claro que não há o dever de fornecer todas e quaisquer coberturas vindicadas pelos usuários dos planos de saúde, ao encontro das mencionadas resoluções normativas da ANS, a Medida Provisória n. 1.067, de 2 de setembro de 2021, incluiu o art. 10-D, § 3º, I, II e III, na Lei 9.656/1998 para estabelecer, no mesmo diapasão do regramento infralegal, a instituição da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, à qual compete assessorar a ANS nas atribuições de que trata o § 4º do art. 10, devendo apresentar relatório que considerará: I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, do produto ou do procedimento analisado, reconhecidas pelo órgão competente para o registro ou a para a autorização de uso; II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às coberturas já previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, quando couber; e III - a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar. 4. O Rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, a preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável economicamente da população. Por conseguinte, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo - devendo, ademais, a



cobertura mínima, paradoxalmente, não ter limitações definidas - tem o condão de efetivamente padronizar todos os planos e seguros de saúde e restringir a livre concorrência, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, o que representaria, na verdade, suprimir a própria existência do "Rol mínimo" e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais extensa faixa da população. 5. A par de o Rol da ANS ser harmônico com o CDC, a Segunda Seção já pacificou que "as normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei nº 9.656/1998. De qualquer maneira, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova" (EAREsp n. 988.070/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 8/11/2018, DJe de 14/11/2018). Dessa maneira, ciente de que o Rol da ANS é solução concebida pelo próprio legislador para harmonização da relação contratual buscada nas relações consumeristas, também não caberia a aplicação insulada do CDC, alheia às normas específicas inerentes à relação contratual. 6. Não se pode perder de vista que se está a discutir direitos e obrigações da relação contratual que envolvem plano de saúde e usuário, e não o estabelecimento de obrigação de fazer ou de não fazer a terceiro, que nem mesmo integra a lide. A ANS, ao contrário do médico-assistente da parte litigante, analisa os procedimentos e eventos sob perspectiva coletiva, tendo em mira a universalização do serviço, de modo a viabilizar o atendimento do maior número possível de usuários. Mesmo o correto e regular exercício profissional da Medicina, dentro das normas deontológicas da profissão, usualmente possibilita ao profissional uma certa margem de subjetividade, que, por vezes, envolve convicções pessoais ou melhor conveniência, mas não pode nortear a elaboração do Rol. 7. Conforme adverte a doutrina especializada, muito além de servir como arrimo para precificar os valores da cobertura básica e mínima obrigatória das contratações firmadas na vigência da lei de Planos de Saúde, o Rol de procedimentos, a cada nova edição, delinea também a relevante preocupação do Estado em não expor o consumidor e paciente a prescrições que não encontrem respaldo técnico estudado e assentado no mundo científico, evitando-se que virem reféns dos interesses - notadamente econômicos - da cadeia de fornecedores de produtos e serviços que englobam a assistência médico-hospitalar e odontológica suplementar. 8. Legítima é a confiança que está de acordo com o direito, despertada a partir de circunstâncias objetivas. Com efeito, o entendimento de que o Rol - ato estatal, com expressa previsão legal e imperatividade inerente, que vincula fornecedores e consumidores - deve ser considerado meramente exemplificativo em vista da vulnerabilidade do consumidor, isto é, lista aberta sem nenhum paralelo no mundo, ignora que é ato de direito administrativo, e não do fornecedor de serviços, assim como nega vigência a diversos dispositivos legais, ocasionando antisseleção, favorecimento da concentração de mercado e esvaziamento da competência atribuída à ANS pelo Poder Legislativo para adoção de medidas regulatórias voltadas a equilibrar o setor de saúde suplementar de forma ampla e sistêmica, com prejuízo para toda a coletividade envolvida. Afeta igualmente a eficácia do direito constitucional à saúde (art. 196 da CF), pois a interferência no equilíbrio atuarial dos planos de saúde privados contribui de forma significativa para o encarecimento dos produtos oferecidos no mercado e para o incremento do



reajuste da mensalidade no ano seguinte, dificultando o acesso de consumidores aos planos e seguros, bem como sua manutenção neles, retirando-lhes a confiabilidade assegurada pelo Rol de procedimentos, no que tange à segurança dos procedimentos ali elencados, e ao Sistema Único de Saúde (SUS), que, com esse entendimento jurisprudencial, reflexamente teria sua demanda aumentada. 9. Em recentes precedentes específicos envolvendo a supressão das atribuições legais da ANS, as duas Turmas de Direito Público decidiram que, "segundo entendimento firmado neste Superior Tribunal de Justiça, até prova cabal em contrário, deve prevalecer a presunção de legitimidade dos atos administrativos praticados pelas agências reguladoras", "sendo inviável qualquer discussão acerca do próprio mérito administrativo" (AgInt nos EDcl no REsp n. 1.834.266/PR, relator Ministro Sérgio Kukina, Primeira Turma, julgado em 22/3/2021, DJe de 25/3/2021). Ademais, assentaram que não é papel do Judiciário promover a substituição técnica por outra concepção defendida pelo julgador, sendo "incabível substituição da discricionariedade técnica pela discricionariedade judicial" (AgInt no REsp n. 1.823.636/PR, relator Ministro Mauro Campbell Marques, Segunda Turma, julgado em 14/9/2021, DJe de 16/9/2021). 10. Diante desse cenário e buscando uma posição equilibrada e ponderada, conforme o entendimento atual da Quarta Turma, a cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos não previstos no Rol da ANS somente pode ser admitida, de forma pontual, quando demonstrada a efetiva necessidade, por meio de prova técnica produzida nos autos, não bastando apenas a prescrição do médico ou odontólogo que acompanha o paciente, devendo ser observados, prioritariamente, os contidos no Rol de cobertura mínima. Deveras, como assentado pela Corte Especial na esfera de recurso repetitivo, REsp n. 1.124.552/RS, o melhor para a segurança jurídica consiste em não admitir que matérias técnicas sejam tratadas como se fossem exclusivamente de direito, resultando em deliberações arbitrárias ou divorciadas do exame probatório do caso concreto. Ressaltou-se nesse precedente que: a) não é possível a ilegítima invasão do magistrado em seara técnica à qual não é afeito; b) sem dirimir a questão técnica, uma ou outra conclusão dependerá unicamente do ponto de vista do julgador, manifestado quase que de forma ideológica, por vez às cegas e desprendido da prova dos autos; c) nenhuma das partes pode ficar ao alvedrio de valorações superficiais. 11. Cabem serem observados os seguintes parâmetros objetivos para admissão, em hipóteses excepcionais e restritas, da superação das limitações contidas no Rol: 1 - o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo; 2 - a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado à lista; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extrarrol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo-assistente, desde que (i) não tenha sido indeferida expressamente pela ANS a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e NatJus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do



magistrado com entes ou pessoas com expertise na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS. 12. No caso concreto, a parte autora da ação tem esquizofrenia paranoide e quadro depressivo severo e, como os tratamentos medicamentosos não surtiram efeito, vindica a estimulação magnética transcraniana - EMT, ainda não incluída no Rol da ANS. O Conselho Federal de Medicina - CFM, conforme a Resolução CFM n. 1.986/2012, reconhece a eficácia da técnica, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas, esquizofrenias, bem como para o planejamento de neurocirurgia, mantendo o caráter experimental para as demais indicações. Consoante notas técnicas de NatJus de diversos Estados e do DF, o procedimento, aprovado pelo FDA norte-americano, pode ser mesmo a solução imprescindível para o tratamento de pacientes que sofrem das enfermidades do recorrido e não responderam a tratamento com medicamentos - o que, no ponto, ficou incontroverso nos autos. 13. Com efeito, como o Rol não contempla tratamento devidamente regulamentado pelo CFM, de eficácia comprovada, que, no quadro clínico do usuário do plano de saúde e à luz do Rol da ANS, é realmente a única solução imprescindível ao tratamento de enfermidade prevista na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID, notadamente por não haver nas diretrizes da relação editada pela Autarquia circunstância clínica que permita essa cobertura, é forçoso o reconhecimento do estado de ilegalidade, com a excepcional imposição da cobertura vindicada, que não tem preço significativamente elevado. 14. Embargos de divergência a que se nega provimento.

(STJ - EREsp: 1886929 SP 2020/0191677-6, Data de Julgamento: 08/06/2022, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 03/08/2022)

Em consulta à lista dos procedimentos previstos no rol da ANS (RN 465/2021 e demais atualizações), constato que não se encontra o método de treino parental, indicado pelo médico da paciente.

Por outro lado, através de alteração legislativa, foi editada a Lei nº 14.454 que alterou a lei que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e incluiu o § 13 no art. 10 da Lei nº 9.656/98, que disciplina o seguinte:

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

(...)

§ 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: (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

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. (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

Dessa forma, para que a operadora do plano de saúde tivesse a obrigação de custear o tratamento indicado pelo médico assistente, deveria a parte agravada ter apresentado algum documento que cumprisse o que dispõe o dispositivo acima citado.

Entretanto, a parte demandante, ora agravada, não juntou aos autos principais documentos que atestam a eficácia do método indicado pelo médico assistente, com base em evidência científica, de maneira que não está contemplada pelo que dispõe o § 13 do art. do art. da Lei nº 9.656/98.

Ressalto que a parte agravada nem sequer juntou qualquer documento a fim de comprovar a eficácia do tratamento indicado.

Neste sentido:

AGRAVO DE INSTRUMENTO – Plano de saúde – Cobertura assistencial – Tratamento pelo Método de Integração Total (MIG) - Decisão que deferiu a liminar para o custeio do tratamento – Insurgência da ré - Ausência de previsão no rol da ANS - Abusividade – Súmula 102 do Egrégio TJSP – Resolução Normativa ANS nº 539/2022 – Precedentes deste Egrégio Tribunal – Precedente do Colendo STJ que considera o tratamento do Transtorno do Espectro Autista como exceção ao rol taxativo – Musicoterapia que também deve ser custeada – Educador físico e acompanhamento psicopedagógico, por serem serviços de caráter educacional, estão fora do escopo do contrato de plano privado de assistência à saúde – Exclusão da obrigação – Decisão parcialmente reformada - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

(TJ-SP - Agravo de Instrumento: 2004476-47.2023.8.26.0000 Penápolis, Relator: Fernando Reverendo Vidal Akaoui, Data de Julgamento: 21/06/2023, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 21/06/2023)

APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. Autor que é portador de "Transtorno do Espectro Autista" (CID10 F84.0). Negativa de cobertura para seu tratamento. Pretensão do autor de obter a condenação da ré para que preste tratamento multidisciplinar (psicoterapia comportamental ABA, treino parental, psicopedagogia e terapia ocupacional com integração sensorial de Ayres, inclusive em ambiente natural da criança

(escolar/domiciliar). Negativa de cobertura indevida e abusiva. Rol de procedimentos da ANS que perfaz mera referência e que é incapaz de acompanhar a dinâmica da medicina. Inteligência do CDC e da Súmula nº 102 deste E. Tribunal. Contrato estabelecido entre as partes cujo bem a ser tutelado é a vida e a saúde da contratante, razão pela qual possível mitigar em parte o princípio do pacta sunt servanda, em prestígio ao princípio da boa-fé e função social do contrato. Impossibilidade de limitação do custeio. Obrigatoriedade de custeio de sessões de terapias em ambiente natural (escolar/domiciliar) e treino parental corretamente afastadas, posto que extrapolam os limites do contrato de seguro-saúde, por não se inserir na natureza médico-hospitalar a que está obrigada a ré. Precedentes. Direito subjetivo do consumidor que se conecta ao princípio fundamental da dignidade humana (Art. 1º, III, da CF). Lesão à equidade. Cobertura integral devida. Incidência dos arts. 4º, caput, 7º, 46, 47 e 51, IV, do CDC. Sentença mantida. RECURSOS DESPROVIDOS.

(TJ-SP - Apelação Cível: 1005144-81.2023.8.26.0405 Osasco, Relator: Coelho Mendes, Data de Julgamento: 03/05/2024, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/05/2024)

Inclusive, em recente decisão, o Supremo Tribunal Federal entendeu pela perda do objeto das ações que tratavam do rol de cobertura das operados de plano de saúde, pois, com a edição da Lei nº 14.454/2022, entendeu-se que a questão restou resolvida pelo Poder Legislativo, não havendo mais a necessidade de julgamento das ações propostas.

Assim, considerando que não há previsão contratual e que o método não consta na lista dos procedimentos mínimos cobertos pela operadora do plano de saúde, nos termos do rol da ANS, bem como não tendo o paciente apresentado documentos que comprovam a eficácia do método ou procedimento prescrito, nos termos da Lei nº 14.454/2022, entendo que a operadora do plano de saúde agravante não possui obrigação de ofertar e/ou cobrir o tratamento indicado.

Acrescento que a parte poderá proceder às terapias necessárias ao tratamento do menor que constam do rol da ANS ou que possuam comprovação científica, caso queira, e o plano ou seguro de saúde deverá fornecer, individualmente, caso sejam requeridas.

DO ATENDIMENTO NA REDE CREDENCIADA

A agravante alega que é indevido o tratamento em clínica particular que não integra sua rede credenciada, pois fornece o tratamento por meio da clínica indicada no recurso.

Neste ponto, entendo que a cobertura dos tratamentos prescritos deverá ocorrer preferencialmente na rede credenciada do plano de saúde.

Porém, a impossibilidade de atendimento nessa rede credenciada (por falta de profissionais especializados), ao contrário do pretendido pela agravante, não implica a limitação do reembolso de despesas.

Isso somente ocorrerá quando o autor optar pelo atendimento em rede particular, mesmo havendo a possibilidade de atendimento dos prestadores indicados pela operadora do plano de saúde.



Em análise aos autos, verifiquei que a recorrente demonstra que existem clínicas conveniadas que realizam o tratamento pleiteado pelo recorrido, conforme os contratos juntados ao recurso. Havendo disponibilidade no atendimento nas clínicas credenciadas, não há motivos para que seja realizado o tratamento em outros estabelecimentos não credenciados pelo plano de saúde.

Conforme se depreende dos documentos juntados aos autos, a recorrente comprova que possui clínicas em sua rede a fim de atender os pacientes, bem como dispõe de profissionais capacitados para tal finalidade.

Em que pese o argumento da parte autora, ora agravada, de que a operadora não fornece o tratamento indicado, não restou comprovado nos autos a alegação. Para que seja devida a cobertura fora da rede credenciada, deve restar comprovada a impossibilidade de realização do tratamento junto às clínicas credenciadas.

Caso não haja clínica na região de domicílio do paciente, é possível a cobertura em clínica que não seja conveniada, devendo ser coberto pela operadora do plano de saúde em sua integralidade ou, se preferir, que seja feito o reembolso dos valores gastos.

Neste sentido:

AGRAVO DE INSTRUMENTO – TUTELA DE URGÊNCIA – DEFERIMENTO – Inconformismo da operadora de saúde – Presença dos requisitos do artigo 300 do CPC – Beneficiária diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista – Prescrição médica de terapias multidisciplinares, baseada no modelo naturalista ABA e DENVER de estimulação precoce – Probabilidade do direito evidenciada – Cobertura pleiteada deve se dar, a princípio, na rede credenciada – Inexistindo clínica credenciada especializada no tratamento, deverá a operadora arcar com o tratamento fora da rede e de forma integral – Precedentes desta Câmara – Perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo – Proteção à saúde do menor que deve ser resguardada – Decisão reformada, em parte – DERAM PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO.

(TJ-SP - AI: 20538174220238260000 Presidente Bernardes, Relator: Alexandre Coelho, Data de Julgamento: 28/04/2023, 8ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 28/04/2023)

Ressalto que não restou comprovado a impossibilidade de realização do tratamento junto às clínicas da rede credenciada. Ao contrário, a recorrente demonstrou que possui convênios com outras clínicas a fim de atender a demanda cada vez maior referente ao tratamento prescrito pelo médico assistente.

Assim, somente nos casos em que for inequivocamente comprovada a indisponibilidade da parte ré para o tratamento em questão é que a operadora pode ser compelida a custear tratamento equivalente, com profissional/clínica não credenciada.

O E. TJPA possui entendimento no seguinte sentido:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. TUTELA DE URGÊNCIA DEFERIDA NA ORIGEM. TRATAMENTO PELO MÉTODO ABA PRESCRITO PELO MÉDICO ASSISTENTE. CUSTEIO PELA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. DETERMINAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DENTRO DA REDE CONVENIADA OU EM CLÍNICA PARTICULAR ATÉ O LIMITE PAGO ÀS SUAS CREDENCIADAS, DEVENDO A REQUERENTE COMPLEMENTAR O TRATAMENTO COM OS SEUS PRÓPRIOS RECURSOS. POSSIBILIDADE. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO À UNANIMIDADE.

1. Superados debates acerca do método ABA, cerne da questão gira em torno do custeio do tratamento em clínica particular.

2. A Operadora Recorrida apresenta em suas contrarrazões diversos certificados de profissionais habilitados em método ABA, em clínicas credenciadas, o que induz entendimento de que se encontra apta a fornecer o tratamento adequado à menor.

3. Devidamente comprovado ser capaz de atender às necessidades exigidas pelo médico, não há razão, a priori, para reformar a decisão atacada, tendo em vista que a menina terá o tratamento exatamente na forma prescrita por seu médico na rede credenciada.

4. Recurso conhecido e desprovido à unanimidade.

(TJPA – AGRAVO DE INSTRUMENTO – Nº 0805226-20.2022.8.14.0000 – Relator(a): RICARDO FERREIRA NUNES – 2ª Turma de Direito Privado – Julgado em 22/11/2022)

EMENTA: PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO. DECISÃO QUE ATRIBUIU EFEITO SUSPENSIVO AO AGRAVO DE INSTRUMENTO. PRESENÇA DOS REQUISITOS AUTORIZADORES PARA A CONCESSÃO. PROBABILIDADE DE PROVIMENTO DO RECURSO. A COOPERATIVA MÉDICA DA UNIMED CONSEGUIU DEMONSTRAR, AO MENOS NESTA ANÁLISE PREAMBULAR QUE POSSUI PROFISSIONAIS CAPACITADOS DISPONÍVEIS PARA REALIZAR O TRATAMENTO REQUERIDO, PELA AGRAVADA, DENTRO DE SUA PRÓPRIA REDE DE CLÍNICAS CONVENIADAS. RISCO RESULTANTE DA DEMORA TAMBÉM PRESENTE. FOI ARBITRADA MULTA PARA CASO DE DESCUMPRIMENTO, OBRIGANDO A COOPERATIVA MÉDICA QUE TEM CARÁTER SUPLEMENTAR E OBSERVA ASPECTOS CONSTANTES EM CONTRATO DEVIDAMENTE FIRMADO, A ARCAR COM UMA CLÍNICA NÃO CONVENIADA, A DESPEITO DE POSSUIR COOPERADOS OFERTANDO O MESMO TRATAMENTO. AGRAVO INTERNO CONHECIDO E DESPROVIDO.

I - Ao interpor o Agravo de Instrumento, a Cooperativa médica da Unimed, conseguiu demonstrar, ao menos nesta análise preambular que possui profissionais capacitados disponíveis para realizar o tratamento requerido, pela agravada, dentro de sua própria rede de clínicas conveniadas, tendo inclusive, colacionado um rol de clínicas para esse mister.



II - Ainda que possível o custeio de tratamento em clínicas não conveniadas às operadoras de saúde, tal hipótese só ocorrerá em situações de urgência e emergência e na impossibilidade de prestação de serviço pelos profissionais credenciados.

III - No que pertine ao risco resultante da demora no provimento jurisdicional, este está presente posto que foi arbitrada multa para caso de descumprimento, obrigando a Cooperativa médica que tem caráter suplementar e observa aspectos constantes em contrato devidamente firmado, a arcar com uma clínica não conveniada, a despeito de possuir cooperados ofertando o mesmo tratamento.

IV - Não conseguiu a recorrente demonstrar que exauriu as clínicas credenciadas pela UNIMED para conseguir o tratamento, ao menos neste momento, ainda sumário, não estou convencida de que realmente o serviço não foi efetivamente disponibilizado pela Cooperativa, posto que só há provas de tentativas de agendamento com duas clínicas prestadoras de serviços, quando em seu recurso a UNIMED junta um rol muito mais amplo.

(TJPA – AGRAVO DE INSTRUMENTO – Nº 0803988-97.2021.8.14.0000 – Relator(a): GLEIDE PEREIRA DE MOURA – 2ª Turma de Direito Privado – Julgado em 22/02/2022)

Diante disso, pode-se concluir que não se mostra legítimo o pleito da parte agravada, eis que esbarra nas regras do contrato, além de que poderá onerá-lo excessivamente e em total prejuízo ao plano de saúde e da coletividade de consumidores, visto que existem clínicas conveniadas que podem fornecer o tratamento indicado.

DISPOSITIVO

Isto posto, voto no sentido de **CONHECER E DAR PROVIMENTO AO RECURSO** para reformar a decisão guerreada, no sentido de afastar a cobertura do treino parental, bem como dar continuidade aos demais tratamentos prescritos pelo médico assistente em clínica credenciada à rede da agravante.

Advirto as partes, com base no art. 6º do CPC, que a matéria foi analisada com base nas alegações pertinentes à análise do caso, pois o juiz não está obrigado a responder todas as alegações das partes quando já tenha encontrado motivo suficiente para fundamentar a decisão, nem se obriga a ater-se aos fundamentos indicados por elas e tampouco responder um a um todos os seus argumentos, motivo pelo qual eventuais embargos de declaração poderão ser considerados protelatórios, sujeitando-se as partes à eventual condenação ao pagamento da multa prevista no art. 1.026, § 2º, do CPC.

É o voto.



AMILCAR ROBERTO BEZERRA GUIMARÃES

Desembargador Relator

Belém, 19/09/2024



Este documento foi gerado pelo usuário 218.***.***-20 em 25/09/2024 13:03:13

Número do documento: 24091912061137100000021556920

<https://pje.tjpa.jus.br:443/pje-2g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=24091912061137100000021556920>

Assinado eletronicamente por: AMILCAR ROBERTO BEZERRA GUIMARAES - 19/09/2024 12:06:11