

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

1VARCIVBSB
1ª Vara Cível de Brasília

Número do processo: 0720060-41.2024.8.07.0001

Classe judicial: AÇÃO CIVIL COLETIVA (63)

AUTOR: MOVIMENTO ORGULHO AUTISTA BRASIL, INSTITUTO PEDRO ARAUJO DOS SANTOS

REU: AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A., ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS S.A.

DECISÃO INTERLOCUTÓRIA

Trata-se de ação coletiva ajuizada pelo **MOVIMENTO ORGULHO AUTISTA BRASIL – MOAB** e pelo **INSTITUTO PEDRO ARAUJO DOS SANTOS**, autores, em face da **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A** e da **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**.

Alegam as autoras que, muito embora os infantes C.M.A.N.F e I.D.O.N., portadores de Transtorno do Espectro Autista - TEA, necessitem da prestação das terapêuticas prescritas nos IDs. 197545996, fls. 02, e 197545999, fls. 02 de forma ininterrupta, estariam eles na iminência de terem cancelados, de forma unilateral, seus respectivos planos de assistência à saúde contratados junto à corré AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A e administrado pela corré ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A. Assim, requerem injunção liminar compelindo as litisconsortes passivas a se absterem de cancelar as coberturas estipuladas nos contratos "sub judice".



Número do documento: 24052212222061600000180596789

<https://pje.tjdft.jus.br/consultapublica/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=24052212222061600000180596789>

Assinado eletronicamente por: SIMONE GARCIA PENA - 22/05/2024 12:22:21

Pugnam, ainda, pela extensão dos efeitos da tutela de urgência postulada a todos os beneficiários dos planos de saúde prestados pela AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A e administrado pela corre ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A diagnosticados como portadores de Transtorno do Espectro Autista - TEA.

É o relatório. Decido.

O art. 300 do CPC dispõe que a "tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo".

Todos esses adjetivos a qualificar os requisitos se justificam na medida em que a tutela de urgência vulnera dois princípios processuais constitucionais importantes, quais sejam o direito ao contraditório e a ampla defesa.

De fato, a concessão da tutela de urgência é feita antes da instrução, e no mais das vezes antes até da citação, de forma que ainda não há manifestação daquele que vai sofrer seus efeitos, nem oportunidade de se contrapor aos fatos alegados.

Assim, a prova do direito deve ser robusta sem admitir qualquer dúvida acerca da viabilidade da ação, considerados os elementos já constantes do processo, visto que ainda não há contestação.

Da mesma forma, deve ser evidente o risco de dano irreparável ou de difícil reparação.

No caso, a matéria em análise colhe sua disciplina, inicialmente, do Código de Defesa do Consumidor conforme súmula editada pelo C. Superior Tribunal de Justiça, sob o verbete nº 469, que assim dispõe: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão."



A propedêutica também perpassa pela Constituição Federal, uma vez que o direito à saúde é um direito fundamental assegurado pela Constituição Federal, corolário do princípio da dignidade da pessoa humana, e se encontra incluído no rol dos direitos sociais, que encontra assento no artigo 196 da Constituição Federal, ao preconizar que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Nesse descortino, o artigo 197 da Lei Maior reza que:

"Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado".

Voltando ao âmbito infraconstitucional, a saúde suplementar, que até então não dispunha de regulamentação específica, passou a ser disciplinada pela Lei n.º 9.656/98, oportunidade em que o plano de saúde recebeu denominação legal, nos termos do artigo 1º, I, da in verbis: "prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor".

Assim, com o advento da legislação em comento, nota-se uma maior preocupação do Estado em imprimir a efetividade do direito à saúde, seja de forma direta, seja por intermédio da delegação da atribuição da execução de tais serviços a terceiros.

No caso em análise, ganha especial relevância a **Lei n. 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e dispõe acerca dos direitos básicos das pessoas nessa condição:**

“(…)

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



Número do documento: 24052212222061600000180596789

<https://pje.tjdft.jus.br/consultapublica/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=24052212222061600000180596789>

Assinado eletronicamente por: SIMONE GARCIA PENA - 22/05/2024 12:22:21

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

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

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

a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;

b) o atendimento multiprofissional;

c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;

d) os medicamentos;

e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

(...)” [destacamos]

E lei em comento determina, **de forma clara e veemente**, um mandato (obrigação de fazer) aos planos privados de assistência à saúde, vejamos:

“Art. 5º A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o [art. 14 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.](#)”

Trata-se, como resta ineludível, **determinação mandatória aos planos de saúde**, advinda da lei, sequer havendo espaço para interpretação acerca do alcance da norma em comento.

Mas não é só: a ANS, conforme lê-se em ID 197546000, lançou nota em seu sítio eletrônico por meio da qual esclarece o público a respeito das práticas de cancelamento de planos de saúde. No aludido documento, colhe-se:

“Nota da ANS sobre cancelamento e rescisão de contratos

(...)



Número do documento: 24052212222061600000180596789

<https://pje.tjdft.jus.br/consultapublica/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=24052212222061600000180596789>

Assinado eletronicamente por: SIMONE GARCIA PENA - 22/05/2024 12:22:21

É proibida a prática de seleção de riscos

Não pode haver seleção de riscos pelas operadoras de planos de saúde no atendimento, na contratação ou na exclusão de beneficiários em qualquer modalidade de plano de saúde. Ou seja, nenhum beneficiário pode ser impedido de adquirir plano de saúde em função da sua condição de saúde ou idade, não pode ter sua cobertura negada por qualquer condição e, também, não pode haver exclusão de clientes pelas operadoras por esses mesmos motivos. Nos planos coletivos, empresarial ou por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros. Esta vedação está disposta na Súmula Normativa 27/2015. **Além disso, o art.14 da Lei 9.656/98 estabelece que “em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde”. Portanto, a própria Lei veda qualquer tipo de discriminação pessoal que inviabilize a contratação de plano de saúde pelo consumidor(...)** [ID 197546000, página 1] [destacamos]

Ainda: a jurisprudência nacional sedimenta-se no sentido claro de arrostar a prática de encerramento de tratamentos prescritos à pessoa em tratamento médico, mesmo nas hipóteses de cancelamento:

“RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO UNILATERAL. BENEFICIÁRIO SUBMETIDO A TRATAMENTO MÉDICO DE DOENÇA GRAVE. 1. Tese jurídica firmada para fins do artigo 1.036 do CPC: "A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação (mensalidade) devida." 2. Conquanto seja incontroverso que a aplicação do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/1998 restringe-se aos seguros e planos de saúde individuais ou familiares, sobressai o entendimento de que a impossibilidade de rescisão contratual durante a internação do usuário - ou a sua submissão a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física - também alcança os pactos coletivos. 3. Isso porque, em havendo usuário internado ou em pleno tratamento de saúde, a operadora, mesmo após exercido o direito à rescisão unilateral do plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais até a efetiva alta médica, por força da interpretação sistemática e teleológica dos artigos 8º, § 3º, alínea b, e 35-C, incisos I e II, da Lei n. 9.656/1998, bem como do artigo 16 da Resolução Normativa DC/ANS n. 465/2021, que reproduz, com pequenas alterações, o teor do artigo 18 contido nas Resoluções Normativas DC/ANS n. 428/2017, 387/2015 e 338/2013. 4. A aludida exegese também encontra amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o que permite concluir que, ainda quando haja motivação idônea, a suspensão da cobertura ou a rescisão unilateral do plano de saúde não pode resultar em risco à preservação da saúde e da vida do usuário que se encontre em situação de extrema vulnerabilidade. 5. Caso concreto: (i) a autora aderiu, em 1º.12.2012, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual o seu empregador era estipulante; (ii) no aludido pacto, havia cláusula expressa prevendo que, após o período de 12 meses de vigência, a avença poderia ser rescindida imotivadamente por qualquer uma das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 dias de antecedência; (iii) diante da aludida disposição contratual, a operadora enviou carta de rescisão ao estipulante em 14.12.2016, indicando o cancelamento da apólice em 28.2.2017; (iv) desde 2016, a usuária encontrava-se afastada do trabalho para tratamento médico de câncer de mama, o que ensejou notificação extrajudicial - encaminhada pelo estipulante à operadora em 11.1.2017 - pleiteando a manutenção do seguro-saúde até a alta médica; (v) tendo em vista a recusa da ré, a autora ajuizou a presente ação postulando a sua migração para plano de saúde individual; (vi) desde a contestação, a ré aponta que não comercializa tal modalidade contratual; e (vii) em 4.4.2017, foi deferida antecipação da tutela jurisdicional pelo magistrado de piso - confirmada na sentença e



pelo Tribunal de origem - determinando que "a ré mantenha em vigor o contrato com a autora, nas mesmas condições contratadas pelo estipulante, ou restabeleça o contrato, se já rescindido, por prazo indeterminado ou até decisão em contrário deste juízo, garantindo integral cobertura de tratamento à moléstia que acomete a autora" (fls. 29-33). 6. Diante desse quadro, merece parcial reforma o acórdão estadual a fim de se afastar a obrigatoriedade de oferecimento do plano de saúde individual substitutivo do coletivo extinto, mantendo-se, contudo, a determinação de continuidade de cobertura financeira do tratamento médico do câncer de mama - porventura em andamento -, ressalvada a ocorrência de efetiva portabilidade de carências ou a contratação de novo plano coletivo pelo atual empregador. 7. Recurso especial parcialmente provido.

(STJ - REsp: 1846123 SP 2019/0201432-5, Data de Julgamento: 22/06/2022, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 01/08/2022)”

Toda a propedêutica acima vem a compendiar o pedido das autoras vitalizado no item "d" da petição inicial (ID 197542779).

Isso porque, colhe-se do estofo probatório apresentado aos autos, em especial sob ID 197542779, p. 9, e ID 197545996, que as rés estão operando o cancelamento de planos de saúde de pessoas diagnosticadas com TEA e em tratamento, o que revela a probabilidade do direito alegado, analisado em fase perfunctória.

O perigo da demora decorre do risco a que pessoas com TEA fiquem desamparadas nos cuidados essenciais ao quadro clínico, com incalculáveis prejuízos à condição basilar de sua dignidade (art. 1º da CF) e à saúde (art. 196 e 197 da CF).

Rememore-se que a Lei n. 12.764/2012 traz um plexo de deveres a todos os atores da sociedade, de promover a dignidade da pessoa autista, **sendo que em relação aos planos de saúde a obrigação hauriu-se, pelo legislador, conformada de forma direta e impositiva:**

“Art. 5º A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o art. 14 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.”

Nessa senda, tratando-se de pessoas albergadas por legislação especial, ademais, consumidoras de serviço cativo e essencial à garantia de sua saúde plena e vivência digna, o argumento financeiro **não pode sobrepor-se ao entrelaçamento de normas protetivas supra mencionadas, conformadas na base do devido processo legislativo, por notada ilegalidade nesse caso revelada.**

Quadra sublinhar, contudo, que o pedido de tutela antecipada vitalizado no item “c” da petição inicial (ID 197542779), porque indica, de maneira individualizada, o nome de duas pessoas que teriam sido atingidas



Número do documento: 24052212222061600000180596789

<https://pje.tjdft.jus.br/consultapublica/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=24052212222061600000180596789>

Assinado eletronicamente por: SIMONE GARCIA PENA - 22/05/2024 12:22:21

por condutas das rés, não encontra cabimento na via eleita pelas autoras, da ação coletiva, eis que esta abrange somente pretensões que tenham efeitos coletivos “strictu sensu” e/ou “erga omnes”, **não obviando tutelas de efeitos concretos e individuais**, Sendo assim, o pedido não será conhecido e caso as partes assim pretendam, devem manejar próprias ações individuais.

Com base no escorço supra, **DEFIRO** a tutela de urgência para determinas às rés que se abstenham de excluir dos planos de saúde os pacientes com TEA, salvo inadimplemento – hipótese esta desde que observados os regulamentos próprios da ANS a tal respeito -, sob pena de multa diária no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), por dia. Ressalto, ainda, que até o julgamento final da lide, os segurados com TEA que foram excluídos unilateralmente pela ré, na forma como narrada na causa de pedir deduzida na petição inicial (ID 197542779), deverão ser reestabelecidos no plano, nas mesmas condições anteriores à rescisão unilateral, mediante pedido formalizado pelos segurados à primeira ré, por qualquer meio válido de comunicação (inclusive *email*) o que deve ser atendido por esta últimas no prazo máximo de 3 (três) dias.

Dê-se vista ao d. Ministério Público.

Intimem-se, com urgência, inclusive em sede de plantão judicial.

Cite-se, com as advertências do CPC.

Brasília-DF, 22 de maio de 2024.

SIMONE GARCIA PENA

Juíza de Direito Substituta

Publique-se o seguinte trecho: "(...) Com base no escorço supra, **DEFIRO** a tutela de urgência para determinas às rés que se abstenham de excluir dos planos de saúde os pacientes com TEA, salvo inadimplemento – hipótese esta desde que observados os regulamentos próprios da ANS a tal respeito -, sob pena de multa diária no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), por dia. Ressalto, ainda, que até o julgamento final da lide, os segurados com TEA que foram excluídos unilateralmente pela ré, na forma como narrada na causa de pedir deduzida na petição inicial (ID 197542779), deverão ser reestabelecidos no plano, nas mesmas condições anteriores à rescisão unilateral, mediante pedido formalizado pelos segurados à primeira ré, por qualquer meio válido de comunicação (inclusive *email*) o que deve ser atendido por esta últimas no prazo máximo de 3 (três) dias. (...)"



Número do documento: 24052212222061600000180596789

<https://pje.tjdft.jus.br/consultapublica/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=24052212222061600000180596789>

Assinado eletronicamente por: SIMONE GARCIA PENA - 22/05/2024 12:22:21



Número do documento: 24052212222061600000180596789
<https://pje.tjdf.tjus.br/consultapublica/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=24052212222061600000180596789>
Assinado eletronicamente por: SIMONE GARCIA PENA - 22/05/2024 12:22:21