



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção B da 7ª Vara Cível da Capital

Avenida Desembargador Guerra Barreto - Fórum do Recife, S/N, Ilha Joana Bezerra, RECIFE - PE - CEP:
50080-900 - F:(81) 31810373

Processo nº 0111967-76.2024.8.17.2001

REPRESENTANTE: -----

RÉU: -----

SENTENÇA

EMENTA: CIVIL. PROCESSO CIVIL. CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PARA AUTISMO INFANTIL. PRESCRIÇÃO MÉDICA. NEGATIVA DE COBERTURA INTEGRAL. ABUSIVIDADE. DANO MORAL CONFIGURADO. PROCEDÊNCIA PARCIAL.

- Incidência do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. Súmula 608 do STJ.

- Aplicação das teses fixadas pela Corte Estadual no julgamento do Incidente de Assunção de Competência nº 0018952-81.2019.8.17.9000, sob relatoria do Des. Tenório dos Santos, mantidas em sede de embargos de declaração e cujo teor persuasivo fora guarnecido em sede de recebimento de recurso especial pela Vice-Presidência do TJPE.

4. A exclusão contratual de tratamento multidisciplinar requisitado pelo médico assistente para tratamento da patologia denominada Transtorno do Espectro Autista (CID F84.0) constitui cláusula visceralmente iníqua e, por isso, abusiva e nula, a ela se assemelhando a recusa velada. Inteligência do art. 51, IV, CDC. Prevalência do direito constitucional à vida e à saúde.
5. Incidência do art. 3º, da Lei 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.
6. Preferência pela rede credenciada, decorrente da operação contratada pelo consumidor, a qual apenas pode ser afastada na hipótese de emergência, urgência, inabilitação profissional ou recusa de atendimento.

7. A negativa de cobertura fundada em cláusula abusiva de contrato de assistência à saúde rende ensejo à indenização por dano moral. Súmula 35 do TJPE.
8. Procedência parcial dos pedidos.

Vistos, etc.

Trata-se de **ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais**, com pedido de tutela de urgência, ajuizada por -----, representada por sua genitora, -----, em face de -----, alegando negativa injustificada de cobertura integral para o tratamento multidisciplinar de transtorno do espectro autista (TEA), conforme prescrição médica.

A parte autora afirma ser beneficiária de plano de saúde mantido junto à ré, arcando regularmente com as mensalidades. Relata que, após diagnóstico de TEA (CID 10: F84.0 e CID 11: 6A02.Z) e TDAH (CID 10: F90.0 e CID 11: 6A05), conforme laudos médicos, foi indicado o acompanhamento intensivo com equipe multiprofissional, incluindo métodos como ABA, com carga horária superior a 20 horas semanais.

Sustenta que, embora tenha solicitado com urgência a autorização do tratamento, a operadora não disponibilizou profissionais credenciados com a qualificação exigida, tampouco forneceu atendimento compatível com a prescrição médica, prestando serviço precário e insuficiente, o que teria levado ao agravamento do quadro clínico da menor. A autora menciona ainda que profissionais da própria ré teriam recomendado a busca pelo SUS, onde, contudo, enfrenta demora na obtenção de atendimento.

Alega que, diante da recusa da ré, foi compelida a iniciar o tratamento por meios próprios, arcando com despesas particulares para assegurar o mínimo atendimento necessário à menor. Invoca o Código de Defesa do Consumidor, a Lei nº 12.764/12, e jurisprudência dominante para sustentar a abusividade da conduta da operadora, requerendo, além da prestação do serviço, o reembolso dos valores despendidos e indenização por danos morais no montante de R\$ 20.000,00.

Requer, liminarmente, a concessão de tutela antecipada para determinar que a ré autorize e custeie imediatamente o tratamento conforme indicado pelo médico assistente, com todos os profissionais e métodos recomendados, inclusive consultas neuropediátricas, sob pena de multa. Ao final, pleiteia a procedência da ação para confirmar a tutela, condenar a ré ao custeio integral do tratamento, ao reembolso das despesas já realizadas, à indenização por danos morais e ao pagamento das custas processuais e honorários. Requereu ainda a concessão da justiça gratuita, a inversão do ônus da prova e a tramitação prioritária do feito, em razão da condição de saúde da menor.

Seguiu-se decisão de ID nº 185670991 acolhendo a mercê do art. 98, CPC, porém postergando a tutela da urgência.

Devidamente citada, a operadora ré apresentou defesa sob ID n 189252817 em que, inicialmente, formula impugnação ao deferimento da gratuidade da justiça, argumentando que não há nos autos prova suficiente da hipossuficiência econômica da parte autora, tampouco juntada de declaração de imposto de renda ou documentação dos genitores. Requer a revogação da gratuidade ou, subsidiariamente, a intimação da autora para comprovar a alegada condição.

Ainda, sustenta a necessidade de suspensão do processo em virtude da ausência de trânsito em julgado no Incidente de Assunção de Competência nº 0534706-2, pendente de apreciação nos tribunais superiores, defendendo que, até a estabilização da tese, os fatos correlatos devem permanecer sobrestados.

No núcleo do mérito, a ré afirma que não há negativa de cobertura e que a autora encontra-se assistida por rede credenciada com profissionais capacitados para o tratamento requerido. Alega que a operadora autoriza e disponibiliza os serviços multidisciplinares necessários (fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional etc.), e que qualquer inconformismo da autora decorre de preferência pessoal por prestadores não credenciados, não se caracterizando pretensão resistida. Argumenta que os protocolos como ABA, TEACCH e PECS são técnicas de atuação e não especialidades médicas, sendo legalmente permitida sua aplicação por qualquer profissional capacitado, sem necessidade de certificação formal. Sustenta que não há obrigação legal ou contratual de custeio de tratamento fora da rede credenciada, salvo nas hipóteses de urgência e inexistência de prestador apto — o que, segundo a ré, não é o caso dos autos.

Impugna, ainda, o pedido de custeio de acompanhante terapêutico (AT) em ambiente escolar e domiciliar, alegando que se trata de serviço educacional e, portanto, de responsabilidade da instituição de ensino, conforme legislação vigente e normativos da ANS. Por fim, afirma que terapias como equoterapia, hidroterapia e musicoterapia não possuem cobertura obrigatória, por não estarem incluídas no rol da ANS nem possuírem eficácia comprovada segundo diretrizes clínicas. Alega ausência de ilicitude, inexistência de falha na prestação de serviço e requer a total improcedência dos pedidos, com revogação da tutela, caso deferida, e condenação da parte autora ao pagamento das custas e honorários.

Fora proferido despacho de ID nº 189363938 assinando prazo para a parte ré acostar: "(a) *guia de autorização integral englobando todas as terapias deferidas com as cargas horárias requisitadas, incluindo Acompanhante Terapêutico; (b) cronograma de agendamentos integrando todas as terapias, os profissionais que as administrarão e as informações sobre hora, data e local dos atendimentos, além de (c) prova da certificação técnica apenas dos profissionais responsáveis constantes dos agendamentos nos métodos indicados pelo médico assistente, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais*".

Em que pese intimada, ----- ficou-se silente (ID nº 193639371).

De sua feita, a parte autora também deixou escoar o prazo para réplica (ID nº 195872284).

Intempestivamente, a demandante acostou réplica sob ID nº 198086265 na qual impugnou a documentação juntada pela ré, afirmando que esta não comprovou a oferta do tratamento integral prescrito, tampouco a qualificação dos profissionais indicados. Sustentou que o atendimento disponibilizado é parcial e ineficaz, reforçando a necessidade de custeio conforme a prescrição médica. Requereu o deferimento da tutela de urgência, reiterou os pedidos da inicial e pugnou pela condenação da ré em danos morais e honorários.

Seguiu-se despacho de ID nº 198205818 indagando os contendores sobre interesse na autocomposição ou na dilação probatória, bem como invertendo o ônus da prova em desfavor da operadora.

Em resposta, os contendores houveram por bem apresentar alegações finais reiterativas (ID nº 198880911 e 201135831).

Nestes termos, vieram-me os autos conclusos.

Eis o relatório. Passo a decidir.

Segue trecho para ser inserido na fundamentação da sentença, rejeitando as preliminares suscitadas pela ré:

Rejeito, de início, as preliminares suscitadas na contestação.

De início, a alegação de ausência dos pressupostos para concessão da gratuidade da justiça não prospera.

A autora é menor de idade, representada por sua genitora, e apresentou declaração de hipossuficiência, sendo presumida a veracidade da afirmação nos termos do art. 99, §3º, do CPC. Não há nos autos elementos suficientes que infirmem essa presunção, motivo pelo qual não cabe revogação da benesse neste momento.

Quanto ao pedido de sobrestamento do feito em razão da ausência de trânsito em julgado do Incidente de Assunção de Competência nº 0534706-2, tal alegação igualmente não se sustenta, mormente porque a deliberação colegiada do Tribunal de Justiça de Pernambuco foi posteriormente mantida, por duas vezes, em sede de julgamento de embargos de declaração.

Destarte, ainda que pendente de exame na Corte Superior de Justiça, o entendimento firmado pelo TJPE vem sendo amplamente aplicado pelos juízos de primeiro grau, não havendo determinação expressa de suspensão do presente processo.

Ademais, o fato de ter sido recentemente suspensa sua eficácia vinculativa pela Vice-Presidência do TJPE, quando do recebimento do recurso especial, não retirou a sua eficácia persuasiva, sendo de rigor analisar o direito à cobertura integral do tratamento multidisciplinar para crianças com TEA, conforme prescrição médica com amparo na jurisprudência consolidada e nos princípios constitucionais de proteção à saúde.

Assim, rejeitam-se as preliminares.

Estando o feito em ordem, adentro de pronto *ao meritum causae*.

É cristalino que o caso *sub judice* versa sobre uma relação de consumo, de trato sucessivo, inquinado de mácula incomodante, devendo ser observado o Código de Defesa do Consumidor. Não é outro o teor da **Súmula 608 do STJ**.

A Constituição Federal assim prescreve:

Art. 196. 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.

Decerto, constitui fundamento basilar da legislação consumerista a defesa do direito maior à vida e à saúde, consoante art. 6º, I, CDC.

Para além disso, as cláusulas restritivas de direitos devem estar redigidas de maneira destacada, possibilitando assim a fácil percepção da parte contratante que, por se tratar de simples aderente e ostentar posição econômica indubitavelmente inferior, qualifica-se como hipossuficiente.

Nesta esteira, inólide-se a previsão legal contida no §4º do artigo 54 do CDC que, ao tratar dos contratos de adesão, dispõe, *in verbis*: “as cláusulas que implicarem limitações de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão”.

Em razão do quadro clínico da parte assegurada, considerar legal e admissível a intenção ou manifestação da parte ré de escusar-se do custeio do tratamento multidisciplinar seria negar amparo e garantia ao bem jurídico maior tutelado pelo nosso ordenamento jurídico, qual seja, a vida (art. 5º, *caput*, art. 196, CF/88).

O princípio constitucional do direito à vida e à saúde (física e mental) e do dever das seguradoras, em substituição ao Estado, oferecer sua escorreita prestação não devem ser considerados em planos inferiores aos dos casuísmos normativos ou contratuais, nem à burocracia das firmas contraentes, revelando-se direito líquido e certo do acionante, amparável na via ordinária, a cobertura do seu tratamento nos exatos moldes indicados pelo médico assistente.

É de se ressaltar que o dever de assistência à saúde dos cidadãos surge como uma das formas de garantia do direito à vida localizado no caput do art. 5º da CF, caracterizando-se, pois, como cláusula pétrea, de modo a impedir que o legislador assim como o administrador criem situações que impliquem esvaziamento do conteúdo desse dispositivo constitucional.

Para além da estreita relação com o direito à vida, o direito à assistência à saúde possui intrínseca relação com o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, razão pela qual, conclui-se, qualquer previsão legal, bem como quaisquer atitudes tomadas pelo Poder Público que provoquem o esvaziamento do direito à vida trará, como corolário, o desrespeito à dignidade da pessoa humana, pois são dois vetores considerados igualmente fundamentais pela Constituição.

Em nosso País, o direito à existência digna é refletido, entre outros aspectos, pela obrigação atribuída a quem quer que seja (Estado, operadoras de planos de saúde suplementar etc.) de realizar ações integradas destinadas a assegurar a prestação dos direitos inerentes à saúde, à previdência e à assistência social, incluídas, nesse contexto, ações que garantam acesso universal igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim é que qualquer omissão no papel de garantidor desse direito abrirá ensejo para a propositura de medidas judiciais, não somente naquelas situações em que ele não garantir o direito à saúde, mas também quando o assegurar de forma ineficiente.

Ainda neste viés, cumpre assentar o que dispõe a Lei 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, *verbis*:

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

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;

(...)

A jurisprudência deste egrégio Tribunal de Justiça acompanha tal entendimento, do que fazem prova os seguintes arestos:

CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO ESPECIALIZADO. CRIANÇA PORTADORA DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. PATOLOGIA INCLUÍDA NO ROL DE COBERTURA DO CONTRATO DE SEGURO DE SAÚDE. LIMITAÇÃO DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULAS 302 E 469 DO STJ E LEI FEDERAL Nº 12.764/2012 QUE SE APLICAM NA ESPÉCIE. PRECEDENTES DESTA 4ª CÂMARA NO SENTIDO DE DETERMINAR A AMPLA COBERTURA AO TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DOS PACIENTES COM AUTISMO. AGRAVO DE INSTRUMENTO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. DECISÃO UNÂNIME. 1. A jurisprudência pátria e do Superior Tribunal de Justiça é firme no sentido de considerar abusiva a limitação de tratamento de doenças acobertadas pelas empresas de seguro de saúde. Súmula 302 do STJ que se aplica analogamente; 2. Incidência das regras previstas no Código de Defesa do Consumidor nos contratos de seguro de saúde. Súmula 469 do STJ; 3. Tratamento especializado (psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicopedagogo, educador físico, assistente de desenvolvimento infantil) imprescindível para o desenvolvimento cognitivo e social do agravado. Lei federal nº 12.764/2012 que determina atendimento multiprofissional ao portador do espectro autista; 4. Precedentes desta 4ª Câmara Cível, quais sejam, os recursos de nº. 314628-3, nº. 325580-5, nº. 326698-6, nº. 352716-2 e de nº. 377319-9, mediante os quais se firmou entendimento no sentido de determinar ampla cobertura ao tratamento multidisciplinar em favor do paciente autista. Agravo de Instrumento a que se nega provimento. Decisão unânime.

(TJPE, Agravo de Instrumento 377319-9, Rel. Des. Agravo de Instrumento 377319-9, 4ª Câmara Cível, julgado em 1º/09/2016, DJe 21/09/2016)

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DECLARATÓRIA DE PRÁTICA ABUSIVA E NULIDADE DE CLAÚSULA CONTRATUAL C/C OBRIGAÇÃO DE FAZER E

DANOS MORAIS - CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE - APLICAÇÃO DAS NORMAS DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - SÚMULA 469 DO STJ - SEGURADO PORTADOR DE ESPECTRO AUTISTA (CID F84.0) - NECESSIDADE DE TRATAMENTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NAS ÁREAS DE NEUROLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - NEGATIVA E LIMITAÇÃO DE COBERTURA - TRATAMENTO PREJUDICADO - DIREITO À VIDA E A CURA VIOLADO - ILÍCITO PRATICADO - DANO MORAL CONFIGURADO - INDENIZAÇÃO DEVIDA RECURSO DA SEGURADORA IMPROVIDO - RECURSO DO SEGURADO PARCIALMENTE PROVIDO - DECISÃO UNÂNIME. 1. Nos termos da Súmula nº 469 do STJ, não resta dúvida de que os casos que envolvem Planos de Saúde se coadunam com as regras e se submetem ao Código de Defesa do Consumidor. 2. A negativa de tratamento imprescindível para a melhora de paciente/segurado acometido de Autismo, cuja demora cause risco à vida e a saúde, ou irreversibilidade da enfermidade, é ato que, per se, viola direitos indisponíveis, pois a vida de um indivíduo e a sua saúde são bens jurídicos constitucionalmente tutelados em primeiro plano. 3. In casu, o segurado, menor impúbere, é portador de AUTISMO, e havendo o médico assistente atestado a necessidade de tratamento com equipe multidisciplinar nas áreas de neurologia, fonoaudiologia, psicoterapia e terapia ocupacional, visando a proporcionar condições para um melhor desenvolvimento e regressão do quadro global do paciente. Descabe à operadora de saúde questionar os tratamentos indicados pelo profissional médico, não se admitindo, portanto, a exclusão de determinada espécie de procedimento útil para o fim proposto, especialmente, quando se fundamentar a limitação de consultas ou especialidade médica, ainda mais, quando no seu quadro médico e clínico, não possuir profissionais gabaritados para melhor atender o segurado. 4. A negativa ou retardamento indevido à cobertura médica, tratamento ou fornecimento de medicamento pleiteado pelo Segurado é causa desencadeadora de danos morais, posto que configurados os abalos psíquicos e sofrimentos que ultrapassam o mero aborrecimento cotidiano. 5. Recurso da Seguradora Ré que se nega provimento. Recurso do Autor Segurado parcialmente provido. Decisão unânime. (TJPE - APL: 3548949 PE, Relator: Agenor Ferreira de Lima Filho, Data de Julgamento: 04/02/2015, 5ª Câmara Cível, Data de Publicação: 20/02/2015)

Com efeito, nos contratos onde existem cláusulas que venham prejudicar a parte mais fraca da relação de consumo, em detrimento das máximas da boa-fé objetiva e da confiança, há que se as considerar abusivas, devendo ser reconhecidas judicialmente por meio de ação ou reconvenção, de exceção ou por ato *ex officio* do Juiz.

O artigo 51, incisos IV e IX do CDC, dispõe:

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:
(...)

IV estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade; (...)

IX deixem ao fornecedor a opção de concluir ou não o contrato, embora obrigando o consumidor.

Ainda neste viés, o Superior Tribunal de Justiça tem entendimento de que “o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, procedimento ou material imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário, inclusive os experimentais, ou ainda não previstos em rol da ANS” (AgInt no REsp n. 1.986.692/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 6/6/2022, DJe de 8/6/2022).

Portanto, não cabe ao plano de saúde definir que tipo de instrumento é eficaz para a saúde do segurado, mas sim, ao médico especializado.

Saliente-se que, bem recentemente, tratando sobre o tema da terapia para o Transtorno do Espectro Autista pelo método ABA, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, em julgamento proferido no EREsp 1.889.704, concluiu que é devida a cobertura pelo plano de saúde, nos seguintes termos:

“No caso concreto, a ação tem o pedido mediato de obtenção da cobertura de tratamento multidisciplinar pelo método ABA (Applied Behavior Analysis) para autismo - reputado, nos embargos de divergência, não previsto no Rol da ANS -, sem limitação do número de sessões de terapia ocupacional e de fonoaudiologia. Em vista da superveniente mudança promovida pela ANS – Resolução n. 469/2021, que altera o Anexo II (Diretrizes de Utilização) da Resolução Normativa n. 465/2021 (vigente Rol da ANS), publicada em 12/7/2021 – e da própria manifestação da parte recorrente, na primeira sessão de julgamento, no sentido da subsequente perda do interesse recursal, há uma diretriz que tornou ilimitado o número de consultas com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para tratamento de autismo. Caso a operadora possua, em sua rede credenciada, profissional habilitado em determinada técnica ou determinado método, tal como a ABA, tal abordagem terapêutica poderá ser empregada pelo profissional no atendimento ao beneficiário, durante a realização dos procedimentos cobertos, como sessão de psicólogo e/ou terapeuta ocupacional (com diretriz de utilização) ou sessão com fonoaudiólogo”. (EResp n. 1.889.704/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022)

Nesse julgamento, a Segunda Seção, por unanimidade negou provimento aos embargos de divergência da operadora do Plano de Saúde, a qual objetivava a exclusão da cobertura para o tratamento pelo método ABA por, supostamente, não estar previsto no rol taxativo da ANS.

Para dirimir qualquer dúvida, após o posicionamento do STJ, a ANS editou a Resolução Normativa nº 539/2022, que alterou a Resolução Normativa nº 465/2021, definindo que a partir de 1º de julho de 2022, os planos de saúde suplementares estão obrigados a cobrir qualquer método ou técnica indicado pelo médico ou dentista assistente, para o tratamento do paciente com Transtorno do Espectro Autista, inclusive em ambiente escolar, conforme disposto na Lei nº 12.764/2012

Desta forma, a Resolução Normativa – ANS RN nº 465/2021 (que trata dos procedimento e eventos de custeio obrigatório), com a nova redação emprestada pela RN nº 539/2022, assim dispõe:

Art. 5º A atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios:

I - atenção multiprofissional;

II - integralidade das ações;

III - incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos edoenças, bem como de estímulo ao parto normal;

IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde;

V - adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalizaçãodos portadores de transtornos mentais, visando ao aumento de sua autonomia; e

VI - utilização das melhores práticas, baseadas em evidências científicas.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos neste artigo devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações contratadas, visando à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação.

Art. 6º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

§1º Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos serão de cobertura obrigatória uma vez solicitados pelo:

I - médico assistente; ou

II - cirurgião-dentista assistente, quando fizerem parte da segmentação odontológica ou estiverem vinculados ao atendimento odontológico, na forma do art. 4º, inciso I.

§2º Nos procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando à adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 100, de 18 de março de 2010, e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1950, de 10 de junho de 2010.

§3º Para a cobertura dos procedimentos indicados pelo profissional assistente, na forma do art. 6º, §1º, para serem realizados por outros profissionais de saúde, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o procedimento indicado e a tratar a doença ou agravo do paciente, cabendo ao profissional que irá realizá-lo a escolha do método ou técnica que será utilizado.

§4º Para a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente. (Alterado pela RN nº 539, de 2022)

Ainda mais recentemente, a Colenda Corte Estadual, enveredando na vanguarda dos Pretórios deste país, concluiu o julgamento do **Incidente de Assunção de Competência nº 0018952-81.2019.8.17.9000**, em cujo bojo ficaram definidas as seguintes teses:

"Diante do tudo que foi explicitado, e, considerando a relevância social do tema, conforme é sabido por todos, e tão esperado pela sociedade brasileira, o meu voto é no sentido de acolher o IAC – Incidente de Assunção de Competência, em conformidade com as normas previstas no CPC e Regimento Interno da Corte, fixando as seguintes teses:

Tese 1.0 – Para a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários com o Transtorno do Espectro Autista, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico ou dentista assistente para tratar a doença ou agravo do paciente, nos termos da Resolução Normativa da ANS nº 465/2021, (com a redação dada pela Resolução da ANS nº 539/2022), inclusive em ambiente escolar e domiciliar, à luz do disposto na Lei nº 12.764/2012 art. 3º, I, III e parágrafo único.

Tese 1.1 – Os requisitos necessários para que o profissional de saúde seja considerado especialista nos métodos ABA (análise do comportamento aplicada), BOBATH, HANEN, PECS, PROMPT, TEACCH e INTEGRAÇÃO SENSORIAL, de acordo com o art. 6º da Resolução Normativa da ANS nº 465/2021, deve estar conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais.

Tese 1.2 – Comprovada a inaptidão e/ou indisponibilidade da rede credenciada para oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente com TEA – Transtorno do Espectro Autista, cabe o custeio pelo plano de saúde do mesmo tratamento na rede particular, consoante dispõe a Resolução Normativa nº 539/2022 da ANS.

Tese 1.3 – O reembolso: a) será nos termos do contrato, consoante previsto no art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, para os casos em que, mesmo havendo a prestação adequada do serviço de saúde na rede credenciada, o beneficiário optar por realizá-lo na rede particular; b) será integral, no prazo de 30 (trinta) dias, quando a operadora descumprir o seu dever de garantir o atendimento, ante a indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial conveniada, nos termos do art. 9º da Resolução da ANS nº

259/2011; c) será integral, no prazo de 30 (trinta) dias, na hipótese em que, por recusa manifestamente indevida de cobertura pelo plano de saúde, o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento.

Tese 1.4. - A negativa de custeio das terapias multidisciplinares de cobertura contratual obrigatória para tratamento do Transtorno do Espectro Autista poderá ensejar reparação por danos morais, mesmo antes da entrada em vigor da Resolução Normativa da ANS nº 539/2022.

Tese 2.0 - As terapias especiais de hidroterapia, equoterapia, musicoterapia, psicopedagogia e psicomotricidade, quando aplicadas por profissionais da área de saúde, têm obrigatoriedade de cobertura pelas operadoras de planos de saúde.

Tese 2.1 - Comprovada a inaptidão e/ou indisponibilidade da rede credenciada para oferecer atendimento por prestador apto a executar as terapias especiais de hidroterapia, equoterapia, musicoterapia, psicopedagogia e psicomotricidade, indicadas pelo médico assistente para tratar doença ou agravo do paciente com TEA – Transtorno do Espectro Autista, cabe o custeio pelo plano de saúde do mesmo tratamento na rede particular, consoante dispõe a Resolução Normativa nº 539/2022 da ANS.

Tese 2.2 – O reembolso para as terapias especiais de cobertura obrigatória de hidroterapia, equoterapia, musicoterapia, psicopedagogia e psicomotricidade: a) será nos termos do contrato, consoante previsto no art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, para os casos em que, mesmo havendo a prestação adequada da terapia na rede credenciada, o beneficiário optar por realizá-la na rede particular; b) será integral, no prazo de 30 (trinta) dias, quando a operadora descumpra o seu dever de garantir o atendimento, ante a indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial conveniada, nos termos do art. 9º da Resolução da ANS nº 259/2011; c) será integral, no prazo de 30 (trinta) dias, por recusa manifestamente indevida de cobertura pelo plano de saúde, o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento.

Tese 2.3. - A negativa de custeio das terapias especiais de hidroterapia, equoterapia, musicoterapia, psicopedagogia e psicomotricidade de cobertura contratual obrigatória para tratamento do Transtorno do Espectro Autista enseja reparação por danos morais, a partir da entrada em vigor da Resolução Normativa da ANS nº 539/2022, que as regulamentou”

(TJPE, Incidente de Assunção de Competência nº 0018952-81.2019.8.17.9000, Rel. Des. Tenório dos Santos, Seção Cível, julgado em 08/08/2022).

Em consulta pública aos autos do referido incidente, denoto que os dois embargos de declaração interpostos foram rejeitados.

Decerto, quando do recebimento do recurso especial, a Vice-Presidência do TJPE atribuiu efeito suspensivo unicamente à força vinculante do referido incidente, sem obstar, no entanto, sua força persuasiva, a qual fica mantida por seus próprios termos.

No que concerne especificamente com o acompanhamento terapêutico (AT), assento que tal profissional atua na condição de aplicador da ciência ABA, sendo verdadeiro profissional de saúde, integrante da equipe multiprofissional, responsável pelo

acompanhamento clínico e terapêutico da criança, a ser desenvolvido em todos os ambientes, inclusive na escola.

Destarte, o AT não se confunde com o acompanhante especializado em sala de aula a que se refere o parágrafo único do Art. 3º da Lei nº 12.764, de 2012, profissional de educação, atuando junto às crianças especiais introduzidas no contexto escolar.

Sobre o dever de cobertura do Acompanhante Terapêutico, a jurisprudência da Corte Estadual é pacífica. Vide:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). COBERTURA CONTRATUAL DAS TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES. IAC TJPE. AGRAVO DE INSTRUMENTO PROVIDO. DECISÃO UNÂNIME.

- Tribunal de Justiça de Pernambuco que julgou o Incidente de Assunção de Competência nº 0018952-81.2019.8.17.9000, decidindo, à unanimidade de votos, que é obrigatória a cobertura integral pelos planos de saúde do tratamento multidisciplinar para pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista, devendo a cobertura se dar nos moldes prescritos pelos médicos assistentes.

- **Obrigatoriedade de custeio do tratamento do autor, sem restrição ao acompanhante terapêutico e ao psicopedagogo, em conformidade com estabelecido no IAC.**

- Agravo de instrumento provido. Decisão unânime.

(TJPE, Agravo de Instrumento 0002501-39.2023.8.17.9000, Rel. CANDIDO JOSE DA FONTE SARAIVA DE MORAES, Gabinete do Des. Márcio Fernando de Aguiar Silva (6ª CC), julgado em 16/08/2023, DJe)

EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. OBRIGATORIEDADE DE COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. **ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO. INCLUSIVE EM AMBIENTE ESCOLAR E DOMICILIAR. RESOLUÇÃO Nº 539/2022 DA ANS.** OBSERVÂNCIA DAS TESES FIXADAS NO JULGAMENTO DO IAC Nº 0018952-81.2019.8.17.9000. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS. REFERENCIAL DE COBERTURA BÁSICA. INTELIGÊNCIA DO ART. 10 DA LEI Nº 9.656/98. INDENIZAÇÃO ARBITRADA COM RAZOABILIDADE. APELAÇÃO CÍVEL NÃO PROVIDA. DECISÃO UNÂNIME (TJPE, Apelação Cível 0092991-26.2021.8.17.2001, Rel. AGENOR FERREIRA DE LIMA FILHO, Gabinete do Des. Raimundo Nonato de Souza Braid Filho (1ª CC), julgado em 03/08/2023, DJe)

Ressalto que o tratamento deverá se dar preferencialmente pela cobertura da rede credenciada ou mediante reembolso parcial de acordo com a Tabela Referenciada utilizada pela operadora.

Caso não haja comprovação de cumprimento integral da tutela, ou na

hipótese de inabilitação da rede credenciada, o tratamento se dará na rede particular à escolha do paciente, mediante pagamento direto integral.

Por outro diapasão, vejo que a prática intentada pela ré - ao negar a cobertura integral ainda que na rede referenciada por entender que seria tratamento não médico e, assim, fora das exigências da ANS e da Lei 9.656/98 - infringe o princípio constitucional da solidariedade e contraria os arts 4º e 6º, I, CDC, no que atine à proteção à vida e à saúde, bem assim o art. 14, §1º, pelo defeito na prestação do serviço por não o fornecer da maneira esperada pelo consumidor de boa-fé.

Respeitante ao pedido alusivo aos danos morais, permite-se este Juízo deixar assentada breve conceituação pela qual *"danos morais são lesões sofridas pelo sujeito físico ou pessoa de direito em seu patrimônio ideal, entendendo-se por patrimônio ideal, em contraposição a patrimônio material, o conjunto de tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico"* (SILVA, Wilson de Melo da - O Dano Moral e sua Reparação, Rio, 1995, nº 01).

Assim, no que concerne com o pedido indenizatório, tenho por imperativo aplicar os termos dos artigos 186, 927, 944 e seguintes do Código Civil.

O dano e a relação de causalidade estão presentes não só pela aplicação abusiva de cláusula contratual, mas pelo sentido de perda em relação à reparação da saúde em momento delicado da parte autora, objetivo primordial do procedimento médico irregularmente vetado ao autor.

Inolvide-se o entendimento cristalizado no sentido de que *"a negativa de cobertura fundada em cláusula abusiva de contrato de assistência à saúde pode dar ensejo à indenização por dano moral"* (**Súmula 35 do TJPE**).

Semelhante entendimento se aplica ao caso de recusa velada, quando a negativa não se manifesta verbalmente (por via oral ou escrita), mas exsurge da injustificada demora na cobertura do tratamento.

Por certo, infligir ao paciente - profundamente debilitado pela grave moléstia que lhe acometeu e pelo decurso da tenra idade - o ônus de vir a Juízo buscar a efetivação das suas prerrogativas, em detrimento da paulatina dor e sofrimento que se acha experimentando, significa vulnerar-lhe com iniquidade a aprazia e o bem-estar, carecendo da pronta compensação financeira.

O lesionamento, na espécie, não depende de prova de outros prejuízos ao patrimônio espiritual ou físico do postulante, porquanto, caracteriza dano moral *in re ipsa*.

Ademais, a jurisprudência mansa e pacífica assim vem entendendo em casos semelhantes:

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO (ARTIGO 544 DO CPC) - DEMANDA POSTULANDO CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER (COBERTURA FINANCEIRA DE TRATAMENTO MÉDICO) CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL - DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO PROVIMENTO AO RECLAMO, MANTIDA A INADMISSÃO DO RECURSO ESPECIAL. INSURGÊNCIA DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE.

(...)

2. Indenização por dano moral. **A jurisprudência do STJ é no sentido de que a recusa indevida/injustificada pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário. Caracterização de dano moral in re ipsa. Precedentes. Aplicação da Súmula 83/STJ.**

3. Pretensão voltada à redução do valor fixado a título de dano moral. Inviabilidade. *Quantum* indenizatório arbitrado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), o que não se distancia dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, nos termos da orientação jurisprudencial desta Corte. Incidência da Súmula 7/STJ.

4. Agravo regimental desprovido.

(AgRg no AREsp 605.760/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 12/05/2015, DJe 18/05/2015)

ACÓRDÃO EMENTA: CIVIL. PLANO DE SAÚDE. AGRAVO REGIMENTAL EM APELAÇÃO CÍVEL. DECISÃO TERMINATIVA MONOCRÁTICA QUE NEGOU SEGUIMENTO A APELAÇÃO COM FULCRO NO ART. 557 DO CPC. CONVERSÃO DO AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO DE AGRAVO EM ATENÇÃO AO PRINCÍPIO DA FUNGIBILIDADE. SÚMULA 42 DO TJPE.

TRATAMENTO ESPECIALIZADO. CRIANÇA PORTADORA DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DE AUTISMO. PATOLOGIA INCLUÍDA NO ROL DE COBERTURA DO CONTRATO DE SEGURO DE SAÚDE. LIMITAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULAS 302 E 469 DO STJ. LEI FEDERAL Nº 12.764/2012. PRECEDENTE DESTA CÂMARA NO MESMO SENTIDO. PRESCRIÇÃO. REEMBOLSO. PRAZO DE CINCO ANOS. ARTIGO 27 DO CDC. CERCEAMENTO DE DEFESA NÃO CONFIGURADO. DANO MATERIAL E MORAL. MANUTENÇÃO DO VALOR DA CONDENAÇÃO INDENIZATÓRIA. RECURSO DE AGRAVO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. DECISÃO UNÂNIME. 1. A jurisprudência pátria e do Superior Tribunal de Justiça é firme no sentido de considerar abusiva a limitação de tratamento de doenças acobertadas pelas empresas de seguro de saúde. Súmula 302 do STJ que se aplica analogamente. 2. Incidência das regras previstas no Código de Defesa do Consumidor nos contratos de seguro de saúde. Súmula 469 do STJ. 3. Consoante reza o artigo 27 do CDC, o prazo prescricional para cobrança de reembolso é de 5 (cinco) anos. 4. Não restou comprovado nos autos cerceamento de defesa, porquanto as decisões atacadas estão em consonância com o disposto nos artigos 130, 145, 330, I, e 420, parágrafo único, II, todos do Código de Processo Civil. 5. Tratamento especializado imprescindível para o desenvolvimento cognitivo e social do agravado. Lei federal nº 12.764/2012 que determina atendimento multiprofissional ao portador do espectro autista. 6. Precedente desta 4ª Câmara Cível. Agravo de Instrumento de nº

0314628-3. 7. **Configuração de danos materiais e morais ensejadores de reparação civil, devendo ser mantido o importe pecuniário arbitrado, tendo em vista a frustração do autor diante de um contrato de plano de saúde falho e inoperante diante de suas necessidades precípuas.** 8. Decisão atacada que deve ser mantida. Agravo a que se nega provimento

(TJPE, Agravo Regimental 325580-5, Rel. Des. Eurico de Barros Correia Filho, 4ª Câmara Cível, julgado em 27/03/2014, DJe 02/04/2014)

Em conclusão, tenho ser indevida a recusa da parte ré em cobrir todas as despesas com o tratamento médico da paciente nos termos solicitado pelo médico assistente, devendo suportar os custos com a cobertura devida em relação ao contrato celebrado entre as partes, por abusiva a cláusula de restrição, além da indenização por dano moral, este arbitrado em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) considerando a média extensão do dano suportado (não houve prova de maiores lesões como eflúvios da espúria negativa) e as condições pessoais das partes (art. 944, CC).

Gizadas todas estas considerações, com arrimo nos arts. 6º, I, 14, §1º, 51, IV, 54, §4º, todos do CDC, c/c arts. 186, 927, ambos do CC, bem como na jurisprudência e doutrina pertinentes, cumpro-me julgar **PROCEDENTES** em termos os pedidos que serve de substrato à presente ação, para:

- a) Condenar a parte ré na obrigação de fazer consistente na cobertura de todas as terapias requisitadas nos exatos termos, quantitativos e métodos requisitados pelo médico assistente, conforme laudo médico **atualizado** a ser acostado em quinze (15) dias úteis, atribuindo-se ao presente comando efeitos prospectivos (*ex nunc*).
- b) Nesta ocasião, atribuo ao provimento indicado na alínea acima força antecipatória de que cuida o art. 300, CPC, assinando-se prazo de dez (15) dias úteis para cumprimento após a juntada do requisitado laudo médico atualizado
- c) Imputar à parte suplicada compensação financeira pelo dano moral que ora arbitro na quantia de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), a ser devidamente corrigida Tabela ENCOGE a partir desta data (Súmula 362, STJ) e acrescida de juros moratórios de 1% ao mês desde a citação.

A fim de aferir a justeza e contemporânea necessidade das terapias ora deferidas, evitando-se abusos de direito, deverá a parte demandante apresentar diretamente à operadora, a cada semestre letivo, relatório/laudo médico atualizado, indicando a evolução do transtorno e as medidas terapêuticas que ainda se fizerem imprescindíveis, ou não, para a continuidade do tratamento, sob pena de revogação desta liminar.

O tratamento multidisciplinar deverá ser realizado **preferencialmente** pela rede credenciada da operadora promovida.

Neste contexto, dentro do referido prazo para cumprimento da liminar ora concedida, deverá a operadora apresentar nos autos: (a) **guia de autorização integral** englobando todas as terapias deferidas com as cargas horárias requisitadas, (b) **cronograma**

de agendamentos integrando todas as terapias, indicando apenas os profissionais que as administrarão e as informações sobre hora, data e local dos atendimentos, além de (c) prova da **certificação dos profissionais** responsáveis constantes dos agendamentos nos métodos indicados pelo médico assistente, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, sob pena de configurar descumprimento da ordem judicial.

Não será reconhecida a juntada de calhamaço de certificados que tratem de profissionais que não constam do cronograma de agendamentos.

Por outra banda, destaco que a capacitação profissional não exige excelência com mestrado ou doutorado, bastando comprovação da proficiência técnica nas metodologias designadas.

Não comprovados todos os requisitos acima, incidirá na espécie a determinação contida nos itens 1.3 e 2.2 do Incidente de Assunção de Competência nº 0018952-81.2019.8.17.9000 (Rel. Des. Tenório dos Santos, Seção Cível, julgado em 08/08/2022). Em outras palavras, na hipótese de descumprimento da obrigação de fazer ou em caso de recusa (expressa ou velada) de cobertura pelo plano de saúde após o prazo concedido nesta sentença, o tratamento poderá ser implementado fora da rede conveniada, em clínica à escolha do paciente, e experimentará custeio integral mediante reembolso ou, de preferência, pagamento direto para a clínica particular eleita.

Na hipótese de o paciente preferir sem justa causa o tratamento fora da rede credenciada devidamente habilitada, o reembolso será parcial e de acordo com a tabela de referência praticada pela operadora, nos termos do contrato.

Estipulo, desde logo, para a hipótese improvável de desatendimento deste decisor, multa de R\$ 1.000,00 (mil reais) para cada dia de negativa ou para cada reembolso em desacordo com esta deliberação, sem prejuízo da possibilidade de execução da tutela específica.

Fica de logo afastada qualquer limitação global ou temporal das astreintes, porquanto sua incidência apenas se dará ante a recusa da operadora em se render ao comando peremptório do Poder Judicante. Em outras palavras, a multa periódica atingirá patamar proporcional à renitência da operadora, conforme recente pacificação da Corte Especial do Superior Tribunal de Justiça (EAREsp n. 1.766.665/RS, relator Ministro Francisco Falcão, relator para acórdão Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Corte Especial, julgado em 3/4/2024, DJe de 6/6/2024).

Por fim, constatada a hipótese do art. 487, I, do vigente Estatuto de Ritos, resolvo o mérito do feito por sentença, imputando à operadora promovida o ônus da sucumbência, representado pelas custas processuais e honorários advocatícios ora fixados em 10% do valor total da condenação, englobando a indenização fixada e o equivalente a doze meses da obrigação de fazer (arts. 82, §2, 85, §2º, CPC, Súmula 199, TJPE).

Independentemente de nova intimação, a parte ré deverá comprovar o

recolhimento da taxa judiciária e das custas processuais após quinze (15) dias úteis do trânsito em julgado, sob pena de que se oficie ao Comitê Gestor de Arrecadação do TJPE (ou quem lhe faça as vezes) para adoção das providências de cobrança cabíveis, incluindo a multa de 20%, na forma dos arts. 22, 27, §3º, da nova Lei de Custas (Lei Estadual nº 17.116/2020).

Com a juntada do laudo médico atualizado, expeça-se mandado para a operadora cumprir a tutela da urgência no prazo fixado de quinze dias úteis (Súmula 410, STJ).

Caso os autos já tenham porventura subido à Instância Revisora, a intimação pessoal se dará em sede de cumprimento provisório de sentença, a ser instaurado pelo interessado.

Intimem-se. Expeça-se.

Cumpra-se.

Recife-PE, data digitalmente certificada.

Robinson José de Albuquerque Lima

Juiz de Direito

bfsma

Assinado eletronicamente por: ROBINSON JOSE DE ALBUQUERQUE LIMA

22/04/2025 15:40:08 <https://pje.cloud.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> ID do documento: 201524530



250422153956924000001963253

IMPRIMIR

GERAR PDF