



Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário  
**Seção A da 32ª Vara Cível da Capital**

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

Processo nº **0034740-73.2025.8.17.2001**

AUTOR(A): B. H. D. F.

REPRESENTANTE: \_\_\_\_\_

RÉU: \_\_\_\_\_

**SENTENÇA COM FORÇA DE MANDADO**

Vistos, etc.

Trata-se de **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA (TRATAMENTO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO - AT)**, proposta por \_\_\_\_\_, menor impúbere, representado por sua genitora \_\_\_\_\_, em face de \_\_\_\_\_, todos devidamente qualificados, alegando, em síntese, que:

O autor é paciente diagnosticado com **Transtorno do**



**Espectro Autista (TEA) nível 2 (CID F84.0)**, associado ao **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH - CID F90)**. Conforme laudo médico assinado pelo **Dr. Felipe Poli (CRM 29962 - PE)**, o autor apresenta déficits severos no desenvolvimento, incluindo comportamento rígido com baixo limiar para frustrações, inquietação motora, impulsividade e comportamentos repetitivos, interesses restritos e alterações sensoriais, dificuldade no autocuidado e na execução de atividades básicas da vida diária (AVDs), e déficit severo na comunicação e socialização.

O laudo médico prescreve tratamento multidisciplinar intensivo com **Análise do Comportamento Aplicada (ABA) - 40 horas semanais, sendo 20h supervisionadas e 20h aplicadas em domicílio/escola, Terapia Cognitivo-Comportamental (2 horas semanais), Fonoaudiologia com técnicas de comunicação alternativa - PROMPT ou PECS (3 horas semanais), Terapia Ocupacional para treino de AVDs (2 horas semanais), Terapia Ocupacional com integração sensorial (2 horas semanais), Psicopedagogia com método TEACCH (2 horas semanais), Psicopedagogia voltada à inclusão escolar (1 hora semanal ou conforme demanda), Nutrição especializada em seletividade alimentar (1 hora semanal ou conforme demanda) e Acompanhante Terapêutico (AT).**

A operadora vem negando, restringindo ou retardando a autorização e custeio das terapias com **Acompanhante Terapêutico (AT)**, inviabilizando o tratamento da parte autora. A genitora teve que pedir demissão do trabalho devido à situação do filho e mantém os custos mensais com ajuda de familiares, sendo beneficiária do programa **Bolsa Família no valor de R\$ 750,00**, que comprova sua hipossuficiência econômica.

Em face do exposto, requer o integral acolhimento da pretensão inicial para: **CONDENAR** a ré à continuidade do tratamento terapêutico, especialmente ao Assistente Terapêutico (AT); **AUTORIZAR** e manter os demais tratamentos mencionados no laudo médico; **CONDENAR** ao reembolso dos valores pagos desde o início do tratamento; **CONDENAR** ao pagamento de indenização por danos morais no valor de **R\$ 20.000,00** (vinte mil reais).



Foi deferido o pedido de gratuidade da justiça em favor da parte autora.

O pedido de tutela provisória de urgência foi **deferido** no ID 202047681, com a seguinte redação: "DECLINO DA COMPETÊNCIA para processar e julgar o presente feito em favor do juízo da Seção A da 32ª Vara Cível da Capital, por dependência ao processo tombado sob o número 0010466-45.2025.8.17.2001, extinto sem exame do mérito."

\_\_\_\_\_apresentou contestação no ID 204654195, em que, preliminarmente, aduz:

a) **Impugnação ao pedido de gratuidade de justiça**, alegando que a parte autora atribuiu à causa o valor de **R\$ 496.000,00** sem embasamento adequado, sendo necessária comprovação documental da hipossuficiência mediante apresentação das três últimas declarações de imposto de renda, sob pena de aplicação da multa prevista no parágrafo único do art. 100 do CPC em caso de má-fé evidenciada.

No mérito, afirma:

a) **Princípio da deferência administrativa**, sustentando que existem estudos técnicos da ANS ( Despacho nº 35/2024/COMEC/GCITS/GGRAS/DIRADDIPRO/DIPRO O, Parecer Técnico nº 25/GCITS/GGRAS/DIPRO/2022 e Parecer Técnico nº 39/GCITS/GGRAS/DIPRO/2022) que concluem pela ausência de obrigatoriedade na cobertura de procedimentos para tratamento de TEA em domicílio, escola ou ambiente naturalístico, além da inexistência de cobertura para Assistente Terapêutico. Argumenta que o Poder Judiciário deve observar os padrões técnicos definidos pelas agências reguladoras, aplicando-se o princípio da deferência para evitar ativismo judicial que desborde da razoabilidade;



b) **Ausência de negativa de cobertura para tratamento multidisciplinar em métodos especiais**, alegando que desde 1º de julho de 2022, com a vigência da RN 539 da ANS, há cobertura obrigatória para sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para tratamento de TEA, sendo que a operadora não nega cobertura para métodos especiais (ABA, PECS, PROMPT, DENVER, Integração Sensorial) quando realizados por profissionais credenciados. Contudo, o Assistente Terapêutico não está elencado nas hipóteses de cobertura obrigatória, conforme esclarecimentos da ANS no Ofício nº 64/2022, que determina que procedimentos não previstos no Rol da ANS não são de cobertura obrigatória;

c) **Necessidade de observância do parecer da Junta Médica**, sustentando que o pedido médico foi submetido à junta médica conforme RN 424 da ANS, que concluiu pela **carga horária excessiva** das terapias solicitadas, recomendando **6 sessões semanais de psicologia (sendo 4 em clínica e 2 psicopedagogia), 3 sessões semanais de fonoaudiologia, 3 sessões semanais de terapia ocupacional, 2 sessões semanais de psicomotricidade e 1 sessão mensal de nutrição** com limite de 6 consultas por ano. A junta médica fundamentou que o excesso de terapias pode ser prejudicial ao paciente, causando sobrecarga sensorial, fadiga, falta de generalização das habilidades, restrição de tempo livre e pressão excessiva;

d) **Necessidade de perícia e análise pelo E-NATJUS**, argumentando que a divergência técnica entre o laudo particular e o parecer da junta médica justifica a realização de perícia judicial para confirmar a necessidade e extensão do tratamento indicado, devendo ser solicitada Nota Técnica específica do e-NatJus para estudo do caso;

e) **Ausência de cobertura em ambiente escolar**, sustentando que tratamentos em ambiente escolar são de responsabilidade da escola, conforme art. 3º,



parágrafo único, da Lei 12.764/12, não devendo a operadora custear Assistente Terapêutico em ambiente escolar ou domiciliar;

f) **Taxatividade do Rol da ANS**, alegando que o STJ, nos EREsp nº 1886929/SP e 1889704, decidiu que o Rol da ANS é taxativo, sendo que a cobertura de procedimentos não previstos só pode ocorrer excepcionalmente mediante cumprimento de requisitos específicos não presentes no caso, como inexistência de substituto terapêutico, comprovação de eficácia baseada em evidências, recomendações de órgãos técnicos e diálogo interinstitucional;

g) **Desequilíbrio econômico**, sustentando que a imposição de cobertura não prevista no contrato ocasionará desequilíbrio contratual, podendo resultar em aumento de reajustes ou insolvência da operadora, devendo-se considerar as consequências práticas das decisões conforme arts. 20 e 21 da LINDB;

h) **Inexistência de dano moral**, argumentando que não houve prática de ato ilícito, sendo a recusa fundamentada nas normas aplicáveis, não configurando dor, vexame ou humilhação que justifique indenização, conforme precedentes do STJ que afastam dano moral quando há interpretação razoável de cláusula contratual sem agravamento da situação do paciente.

**A Decisão da Junta Médica ou Odontológica no ID 204654200** concluiu que o paciente \_\_\_\_\_apresenta diagnóstico de **Transtorno do Espectro Autista nível 2** associado a **TDAAH**, recomendando tratamento multidisciplinar com carga horária reduzida: **6 sessões semanais de psicologia (4 em clínica e 2 psicopedagogia), 3 sessões semanais de fonoaudiologia, 3 sessões semanais de terapia ocupacional, 2 sessões semanais de psicomotricidade e 1 sessão mensal de nutrição com limite de 6 por ano.** A junta fundamentou que o excesso de terapias pode ser prejudicial, causando sobrecarga sensorial, fadiga, falta de generalização, restrição de tempo livre e pressão excessiva, devendo haver reavaliação em **3 meses**.



Não houve apresentação de réplica nos autos.

Vieram-me os autos conclusos.

É o que basta relatar.

Decido.

## **1. Do julgamento antecipado da lide.**

O feito comporta julgamento antecipado, na forma do Art.355, I, do Diploma de Ritos. É que, compulsando os elementos produzidos pelas partes, se infere desnecessária a dilação probatória, porquanto as alegações controvertidas encontram-se elucidadas pela prova documental apresentada. Eventual produção de prova oral ou pericial não terá o condão de trazer quaisquer esclarecimentos relevantes para seu deslinde.

Encontra-se pacificado na doutrina e na jurisprudência que o julgador, visualizando nos autos elementos suficientes para a apreciação das questões postas pelas partes, pode dispensar a produção de quaisquer outras provas, ainda que já tenha saneado o processo, e julgar antecipadamente a lide, sem que isso configure cerceamento de defesa (Theotônio Negrão. Código de Processo Civil e Legislação Processual em Vigor. 31ª Edição. São Paulo: Saraiva, p. 397).

Nessa diretiva, Cândido Rangel Dinamarco é preciso ao pontuar: “a razão pela qual se permite a antecipação do julgamento do mérito é invariavelmente a desnecessidade de produzir provas. Os dois incisos do Art. 330 desmembram essa causa única em várias hipóteses, mediante uma redação cuja leitura deve ser feita com a consciência de que só será lícito privar as partes de provar quando as provas não forem necessárias ao julgamento” (Instituições de Direito Processual Civil, Vol. III. São Paulo: Malheiros, p.555).



Na mesma linha de raciocínio, o STF firmou entendimento de que “a necessidade de produção de prova há de ficar evidenciada para que o julgamento antecipado da lide implique em cerceamento de defesa. A antecipação é legítima se os aspectos decisivos estão suficientemente líquidos para embasar o convencimento do magistrado” (STF - RE 101171, Relator Min. Francisco Rezek, Segunda Turma, julgado em 05/10/1984, DJ 07-12-1984, p.20990). Para a Corte, “o propósito de produção de provas não obsta ao julgamento antecipado da lide, se os aspectos decisivos da causa se mostram suficientes para embasar o convencimento do magistrado (STF -RE 96725/RS, Rel. Min. Rafael Mayer).

A jurisprudência consolidada no âmbito do Superior Tribunal de Justiça segue o mesmo caminho:

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO DE INSTRUMENTO. ALEGAÇÃO DE CERCEAMENTO DE DEFESA. INDEFERIMENTO. PROVA TESTEMUNHAL. 1. No sistema de persuasão racional adotado pelo Código de Processo Civil nos arts. 130 e 131, em regra, **não cabe compelir o magistrado a autorizar a produção desta ou daquela prova, se por outros meios estiver convencido da verdade dos fatos, tendo em vista que o juiz é o destinatário final da prova, a quem cabe a análise da conveniência e necessidade da sua produção.**

Desse modo, não há incompatibilidade entre o Art. 400 do CPC, que estabelece ser, via de regra, admissível a prova testemunhal, e o Art. 131 do CPC, que garante ao juiz o poder de indeferir as diligências inúteis ou meramente protelatórias. 2. Agravo regimental desprovido. (STJ. AgRg no Ag 987.507/DF, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 14/12/2010, DJe 17/12/2010).

PROCESSO CIVIL. JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE. CERCEAMENTO DE DEFESA. IMPRESCINDIBILIDADE DA PROVA POSTULADA. REEXAME. MATÉRIA FÁTICA. SÚMULA 7/STJ. RECURSO NÃO PROVIDO. 1 - **Sendo o magistrado**



**destinatário final das provas produzidas, cumpre avaliar quanto à sua suficiência e necessidade, indeferindo as diligências consideradas inúteis ou meramente protelatórias (CPC, Art.130, parte final).2- A mera alegação de haver o juízo sentenciante julgado antecipadamente a lide, com prejuízo da produção das provas anteriormente requeridas, não implica, por si só, em cerceamento de defesa. 3- Indagação acerca da imprescindibilidade da prova postulada que suscita reexame de elementos fático-probatórios da causa (Súmula nº7). Precedentes do STJ. 4- Agravo regimental a que se nega provimento. (STJ. AgRg no Ag 1351403/PE, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 21/06/2011, DJe29/06/2011).**

Presentes as condições que ensejam o julgamento antecipado da causa, é dever do juiz, e não mera faculdade, assim proceder. (STJ. REsp nº2.832-RJ, Rel. Min. Sálvio de Figueiredo, QUARTA TURMA).  
No mesmo sentido: RSTJ 102/500 e RT 782/302.

## **2. Preliminar**

### **2.1 Da Impugnação ao Pedido de Gratuidade**

Preliminarmente, a contestante impugnou a gratuidade da justiça requerida pela parte autora.

Como é cediço, é relativa a presunção de pobreza que milita em favor daquele que afirma essa condição, o que permite ao Juiz considerá-la insuficiente para a concessão do benefício da gratuidade de justiça sempre que a situação social, profissional ou patrimonial do requerente for incompatível com o benefício pleiteado.

Todavia, se o réu opôs impugnação à gratuidade por não concordar com o seu deferimento, trouxe para si o ônus de provar que a beneficiária não faz jus ao benefício, nos termos do disposto no artigo 373, I, do CPC.





No caso em análise, o impugnante não trouxe qualquer prova apta a infirmar os elementos de convicção produzidos para corroborar a alegação de hipossuficiência financeira da impugnada e, assim, invalidar a decisão que lhe havia deferido o benefício da gratuidade de justiça. O fato de a parte se encontrar acompanhada de advogados particulares não elide a presunção de pobreza reconhecida inicialmente, sobretudo quando é cediço que as partes podem pactuar que o pagamento dos honorários sobre o proveito econômico da lide.

Com essas razões, rejeito a preliminar.

### 3. Mérito

#### 3.1 Aplicação do CDC

A matéria trazida aos autos deve ser dirimida a luz dos parâmetros estabelecidos na Súmula nº 608, do C. STJ, segundo a qual, **“aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”** (SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11.04.2018, DJe17.04.2018; na mesma oportunidade, cancelou-se a Súmula nº 469).

Não tendo a empresa requerida se constituído sob a modalidade autogestão, a análise e solução da lide deverá se dar sob o influxo da legislação consumerista.

Consoante entendimento consolidado pelo STJ, “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). No mesmo sentido



“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. (EREsp n. 1.886.929/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022.)

### **3.2. Da Cobertura Obrigatória**

A Constituição da República, em seu art. 196, destacou que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem (...) ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

O Constituinte, porém, foi mais além e não limitou a prestação de serviços de saúde ao Estado, facultando aos particulares atuarem de forma complementar e suplementar à atividade estatal.

“A forma de assistência complementar que está destinada à iniciativa privada no sistema público de saúde ocorre quando o prestador de serviços de saúde atua por meio das diretrizes do SUS, mediante contrato de direito público ou convênio, dando-se preferência às entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos. Assim, a assistência complementar é parte da obrigação do SUS.

(...)

Por outro lado, a assistência suplementar atua sem qualquer vínculo (ela é extraordinária) direto com o SUS, por meio de consultórios, laboratórios, clínicas e hospitais particulares, ou de planos e seguros privados de saúde. Portanto, a atuação da iniciativa privada no âmbito da saúde se dá de forma suplementar à rede pública quando seu acesso é garantido apenas àqueles que tiverem condições financeiras de contratar seus



serviços, sendo as contraprestações sanitárias delimitadas por meio de um contrato privado, bilateral e de adesão, estabelecido entre o agente econômico e o particular interessado na contratação de seus serviços.  
”

(OLIVEIRA, Solange de. O direito à saúde na Constituição brasileira: complexidades de uma relação público-privada no SUS. Dissertação (Mestrado em Direito) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

Depreende-se do exposto acima que os planos de saúde não estão compreendidos no conceito de saúde complementar, mas como suplementar, e isso significa que as operadoras não estão vinculadas às diretrizes do Sistema Único de Saúde (universalidade e integralidade), mas fornecem atendimento segundo os riscos assumidos em contrato.

Entretanto, por se tratar de serviço de relevância pública, cabe ao Poder Público "dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle" (Art. 197, da Constituição).

A regulamentação se deu, num primeiro momento, com a edição da Lei 9.656/98, que criou o Plano-Referência, isto é, um conjunto mínimo de coberturas que todas as empresas que operassem planos de saúde deveriam fornecer.

O contrato de plano privado de assistência à saúde foi definido no art. 1º, inc. I, da Lei n. 9.656, de 1998, que o caracteriza como a:

“(...) 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.”

A finalidade dele, portanto, é garantir ao beneficiário, que contribui periodicamente para a formação e manutenção de um fundo pecuniário do plano, o direito ao atendimento médico, nos casos de sinistralidade contratualmente coberta, assegurando, ainda, que o custo financeiro pelo procedimento prestado corra às expensas da operadora responsável por sua administração.

A legislação de regência, cuidou ainda de ressaltar procedimentos e coberturas cuja prestação não seria obrigatória, em típico dirigismo contratual. Vejamos o que dispõe o art. 10 da Lei dos Planos de Saúde:

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:

- I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para finestéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III - inseminação artificial;
- IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;



- V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12;
- VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- VIII - (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
- IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

(...)

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.

A Lei 9.961/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, previu, em seu art. 4º, inciso III, que compete à autarquia "elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades".

Em síntese, o Estado permitiu aos particulares explorar serviços de saúde e estabeleceu o conteúdo mínimo - doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde -, **ressalvou a possibilidade de não fornecimento de alguns serviços - incisos do art. 10, da Lei 9.656/1998** - e conferiu à agência reguladora



a competência para dispor sobre o rol de procedimentos que constituirão o plano-referência, rol este periodicamente atualizável.

Através deste mecanismo, Agência Nacional de Saúde Suplementar, ente regulador do setor, estabelece quais são os procedimentos médicos e eventos de saúde serão obrigatoriamente cobertos pelas operadoras de saúde suplementar, o que confere maior previsibilidade dos custos e além de segurança jurídica aos beneficiários do plano de saúde, que poderão saber de antemão quais os procedimentos cobertos pelo contrato firmado com a operadora.

A adoção do mecanismo regulador eleito pelo legislador federal permite, assim, uma um adequado equilíbrio financeiro dos contratos de prestação de assistência médica e hospitalar, ao mesmo tempo que faculta a oferta de planos de saúde que tenham custo variável de acordo com as coberturas oferecidas.

A respeito, colaciono entendimento doutrinário do professor Marcos Ehrhardt Júnior:

Em um contrato de plano de saúde o consumidor almeja o atendimento dos procedimentos e tratamentos médico-hospitalares abrangidos pela cobertura que contratou, ao passo que o fornecedor objetiva o recebimento as mensalidades pactuadas. Contudo, o raciocínio não é tão simples quanto parece. Tais contratos são formalizados por uma lógica econômica que o distingue dos demais contratos de mesma classificação.

(...)

Primeiro, denote-se que têm como objeto a prestação de serviços de saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento indispensável para a preservação da dignidade da pessoa humana. Observa-se também que a prestação e a contraprestação contratual não são equivalentes, mas, sim, proporcionais. Assim como ocorre nos contratos de seguro, um dos pilares do contrato de plano de saúde é o cálculo atuarial, que



determina a mensalidade a ser paga pelo usuário, de acordo com a cobertura que lhe é ofertada.

(...)

Elaborado com base no rol de procedimentos obrigatórios estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar de acordo com a atual Resolução Normativa nº 338 e em conformidade com as isenções previstas no art. 10 da Lei Federal nº 9.656/98, o aludido planejamento reflete nas próprias cláusulas contratuais. As garantias constantes no instrumento de contrato devem ser fixadas de acordo com o cálculo atuarial e com a relação de mútuo estabelecida para cada contratante. Inclusive a própria ANS detém competência para exercer controle sobre as reservas financeiras das Operadoras, obrigando-as a criar um Fundo Garantidor do Segmento de Saúde

Suplementar; e a Lei Federal nº 9.656/98, em seu art. 22, § 1º, estabelece a obrigatoriedade da elaboração do cálculo atuarial conforme as normas expedidas pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), e prevê, ainda, em seu art. 35-F que a assistência à saúde deverá observar os termos da lei e do contrato firmado entre as partes. (EHRHARDT JÚNIOR, Marcos

Augusto de Albuquerque; et al. Limites da Intervenção Judicial nos Contratos de Plano de Saúde. In: Revista Brasileira de Direito Comercial. 8. Ed. - Dez/Jan 2016)

Vale relembrar que as operadoras de planos de saúde atuam no ramo da saúde suplementar, e não complementar, não estando sujeitas às diretrizes do SUS, especificamente ao atendimento integral, o que - segundo o entendimento deste magistrado - permite concluir que o Legislador Constituinte implicitamente conferiu a tais empresas a faculdade de limitar a abrangência da cobertura securitária, com as ressalvas já feitas acima.

Neste sentido, apresento o teor do Enunciado 21 da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça:



“Nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei nº 9.656/1998, recomenda-se considerar o rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas”.

Nessa diretiva, de fato, a ANS aprovou as Resoluções Normativas nº 469/2021 e 539/2022, ampliando as regras de cobertura assistencial para usuários de plano de saúde com transtornos globais do desenvolvimento, regulamentando a cobertura obrigatória e ilimitada de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

Por ocasião do julgamento dos EREsp 1.886.929/SP e EREsp 1.889.704/SP, no entanto, a 2ª Seção do STJ, consolidou o entendimento da taxatividade mitigada do rol de eventos e procedimentos da ANS. Apesar de não vinculante, o referido posicionamento, desde então, vem sendo aplicado por este julgador, visando assegurar a estabilidade, a coerência e a uniformidade das decisões emanadas das Cortes Superiores.

Assim, segundo o entendimento que vinha sendo trilhado neste juízo, o direito às sessões ilimitadas não significava automático reconhecimento do dever de cobertura de todas as técnicas prescritas pelo médico assistente, notadamente aquelas cuja efetivação deveriam ocorrer em ambiente domiciliar e escolar, assim como, em regra, não se reconhecia o direito as terapias especiais (equoterapia, hidroterapia e acompanhante terapêutico – AT).

Esta era, em linhas gerais, a interpretação adotada neste juízo.

Entretanto, em 26/07/2022, o Tribunal de Justiça de Pernambuco, em sede de julgamento de Incidente de Assunção de Competência - IAC nº 0534706-2 (processo nº 0018952-81.2019.8.17.9000), visando uniformizar a jurisprudência da Corte sobre a responsabilidade dos planos de saúde pelas despesas com tratamento multidisciplinar e terapias especiais aplicadas as pessoas com TEA, disciplinado no art. 947 do CPC, proferiu Acórdão cuja ementa foi talhada nos seguintes termos:





DIREITO CIVIL, PROCESSUAL CIVIL, DO CONSUMIDOR E REGIMENTO INTERNO. INCIDENTE DE ASSUNÇÃO DE COMPETÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). PRELIMINAR DE DESAFETAÇÃO DO INCIDENTE REJEITADA. PRETENSÕES QUE ENVOLVEM A OBRIGATORIEDADE DE COBERTURA DO TRATAMENTO DAS TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES E TERAPIAS ESPECIAIS PELOS PLANOS DE SAÚDE. INDICADOS PELO MÉDICO OU DENTISTA ASSISTENTE. OS REQUISITOS PARA A ESPECIALIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE APTO NOS MÉTODOS ABA (ESCOLAR E DOMICILIAR), BOBATH, HANEN, PECS, PROMPT, TEACCH E INTEGRAÇÃO SENSORIAL DEVEM ESTAR DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA DA ÁREA DE ATUAÇÃO EM SAÚDE. CABE AO PLANO DE SAÚDE CUSTEAR O TRATAMENTO EM REDE PARTICULAR QUANDO COMPROVADA A INAPTIDÃO OU INDISPONIBILIDADE DE SUA REDE CREDENCIADA. O REEMBOLSO DE DESPESAS DEVERÁ SER DE ACORDO COM A TABELA CONTRATADA (PARCIAL) NO CASO EM QUE, HAVENDO O TRATAMENTO ADEQUADO NA REDE CREDENCIADA, O BENEFICIÁRIO OPTAR PELO TRATAMENTO NA REDE PARTICULAR. O REEMBOLSO SERÁ INTEGRAL NAS HIPÓTESES DE INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR INTEGRANTE DA REDE ASSISTENCIAL CONVENIADA, E, NOS CASOS DE RECUSA MANIFESTAMENTE ABUSIVA. A NEGATIVA DE COBERTURA DO TRATAMENTO DAS TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES PODE ENSEJAR INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. A NEGATIVA DE COBERTURA DAS TERAPIAS ESPECIAIS ENSEJA REPARAÇÃO POR DANOS MORAIS A PARTIR DA ENTRADA EM VIGOR DA RESOLUÇÃO NORMATIVA DA ANS Nº 539/2022. INCIDENTE DE



ASSUNÇÃO DE COMPETÊNCIA JULGADO  
PROCEDENTE PARA FIXAÇÃO DAS TESES EM  
CONFORMIDADE COM O ART. 947 DO CPC.

APELAÇÃO CÍVEL DO CASO CONCRETO JULGADA  
IMPROCEDENTE. 1. O plano de saúde argui a  
desafetação do presente incidente em razão da entrada  
em vigor da Resolução Normativa ANS nº 539/2022, que  
incluiu as terapias multidisciplinares no rol de cobertura  
obrigatória. Não merece acolhida a preliminar suscitada  
em virtude da grande relevância e repercussão social  
das questões discutidas neste Incidente, que, de forma  
vinculante, serão estabelecidas. Preliminar rejeitada à  
unanimidade; 2. A Segunda Seção do STJ, em recente  
julgamento de Embargos de Divergência definiu acerca  
da natureza taxativa mitigada do rol da ANS, (EREsp n.  
1.889.704/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO,  
SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 8/6/2022, pendente de  
publicação). Após firmado esse posicionamento pelo  
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 (Institui  
a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa  
com Transtorno do Espectro Autista), em seu art. 3º, I, III  
e parágrafo único ; 3. A aplicação do método ABA em  
ambiente escolar e domiciliar é considerada parte do  
tratamento de saúde da criança com TEA – Transtorno  
do Espectro Autista, e, portanto, a sua cobertura é  
obrigatória pelos planos de saúde, desde que aplicadas  
por profissionais da área de saúde, conforme determina  
o art. 6º da Resolução Normativa da ANS nº 465/2021;  
4. A especialização mínima para o profissional de saúde  
estar apto a aplicar as terapias multidisciplinares deve  
estar conforme legislação específica sobre as profissões  
de saúde e regulamentação de seus respectivos  
conselhos profissionais, cabendo ao judiciário a sua



análise apenas quando submetidas nos casos concretos; 5. O médico assistente é quem tem competência para determinar quais são as terapias necessárias ao tratamento de seu paciente, bem como a periodicidade com que estas devem ser realizadas, e, desse modo, quando comprovada a inaptidão e/ou indisponibilidade da rede credenciada para prestar o tratamento requerido pelo médico, cabe o custeio pelo plano de saúde do mesmo tratamento na rede particular; 6. Com a edição pela ANS da Resolução Normativa nº 539/2022, que entrou em vigor em 1º de julho de 2022, foram ampliadas as regras de cobertura para tratamento de transtornos globais do desenvolvimento, passando a ser obrigatória a cobertura para qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento do paciente que tenha Transtorno do Espectro Autista; 7. A hidroterapia é especialidade de fisioterapia aquática regulamentada pela Resolução COFFITO nº 443/2014, e, portanto, a sua cobertura é obrigatória com sessões ilimitadas, desde que praticada por fisioterapeutas ou outros profissionais da área de saúde, consoante dispõe a Resolução Normativa da ANS nº 539/2022; 8. A musicoterapia foi reconhecida e incorporada como uma das práticas de Medicinas Tradicionais e Complementares, denominadas pelo Ministério da Saúde do Brasil como Práticas Integrativas e

Complementares (PICS), instituída pela Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 do Ministério da Saúde, sendo garantida de forma integral e gratuita, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), não cabendo, assim, excluí-la expressamente do sistema de saúde suplementar; 9. A equoterapia, musicoterapia, psicopedagogia e psicomotricidade possuem cobertura contratual obrigatória pelos planos de saúde desde que aplicadas por profissionais da área de saúde, em conformidade com o art. 6º, caput, da Resolução Normativa nº 465/2021 que dispõe que os procedimentos e eventos listados no Rol da ANS 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; 10. O artigo 12, inciso VI, da Lei n.º 9.656/98 prevê que é obrigatório o reembolso dos valores pagos por tratamentos médicos, quando não for possível a utilização dos serviços próprios da rede conveniada com o plano de saúde. Nos casos em que o plano de saúde oferecer o tratamento de autismo, requerido pelo médico assistente, em sua rede conveniada, mas, ainda assim, o paciente optar por fazê-lo fora da rede credenciada, o reembolso das despesas se dará nos termos do contrato, ou seja, se o tratamento for realizado fora da rede conveniada por opção do beneficiário, as despesas serão pagas de acordo com a tabela de reembolso contratada. Na hipótese em que a operadora descumpra o seu dever de garantir o atendimento, ante a indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial, a obrigação de reembolso integral no prazo de 30 dias, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os respectivos custos, nos termos do art. 9º da Resolução ANS 259/2011. Ainda, o reembolso será integral no prazo de 30 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; 11. A indenização por dano moral em caso de descumprimento contratual de plano de saúde trata-se de exceção, e somente é concedida quando a negativa da operadora evidencia má-fé e/ou coloca em risco a vida do paciente, especialmente em procedimentos emergenciais, quando então se considera que ultrapassa o mero dissabor ou aborrecimento. Contudo, nos casos em que não existe dúvida razoável acerca da obrigação de cobertura contratual, a sua negativa se caracteriza abusiva e ilegal, sendo os planos de saúde passíveis de responder civilmente; 12. Quanto às terapias especiais, como a inclusão de suas coberturas apenas se deu a partir de 1º de julho de 2022, com a entrada em vigor da Resolução Normativa da ANS nº



539/2022, a negativa de suas coberturas, pelos planos de saúde, enseja indenização por danos morais a partir desta data; 13. Incidente de Assunção de Competência julgado procedente para, consoante o que dispõe o artigo 947 do CPC, firmar 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, devem 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 descumpre 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;

14. CASO CONCRETO: Por força do que dispõe o § 2º, do art. 947, do CPC, após reconhecido e acolhido o IAC – Incidente de Assunção de Competência, faz-se necessário o julgamento da Apelação Cível nº 0005997-34.2017.8.17.2001 que originou a assunção de competência. Sendo assim, considerando as teses ora propostas, julga-se improcedente o recurso de apelação nº 000599734.2017.8.17.2001, mantendo-se a sentença recorrida em todos os seus termos, e, por conseguinte, com fulcro no art. 85, § 11, do CPC, majoram-se os honorários de sucumbência para 20% do valor da condenação. (TJPE, IAC nº 0018952-81.2019.8.17.9000, Seção Cível, Julgado em 08.08.2022).

Dessa forma, após o julgamento do sobredito IAC, este juízo encontra-se vinculado a nova orientação emanada pela Corte de Justiça Pernambucana, cujo teor, segundo a sistemática adotada pelo atual Diploma de Ritos, revela-se como legítima fonte do direito e, por conseguinte, fato jurídico superveniente apto a influir no julgamento do mérito, por força do seu caráter vinculante e de observância obrigatória (CPC, incisos III e V do art. 927; §3º do art. 947; inciso IV do art. 988).

Registre-se, Consoante os artigos 947, § 3º e 927, III do Código de Processo Civil, o acórdão proferido no incidente de assunção de competência vincula todos os juízes e órgãos fracionários, constituindo precedente obrigatório a ser aplicado aos processos em tramitação e naqueles ajuizados posteriormente no território de competência do Tribunal, daí decorrendo que somente a revisão da tese jurídica pode fazer cessar a força vinculante do julgamento proferido no incidente, razão pela qual mostra-se desnecessário o trânsito em julgado do respectivo decisum. Nesse sentido:



**“A circunstância de o REsp n. 1.604.412/SC (IAC n. 1, Relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, DJe 22/8/2018) não ter transitado em julgado não impede que os órgãos fracionários deste Superior Tribunal apliquem a orientação firmada no seu julgamento.” ( AgInt no AREsp n. 1.341.041/RS, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 13/11/2018, DJe de 22/11/2018.)**

Conclui-se, portanto, que, nos termos do precedente firmado, enquanto não promovida superveniente revisão ou superação das teses jurídicas nele estabilizadas, eventual restrição ou negativa de cobertura perpetrada pela parte demandada, fundada na existência de excludente legal e contratual, como se observa no caso em exame, não poderá prevalecer, posto que em seu bojo foi cancelada a **obrigatoriedade** dos planos de saúde custearem o tratamento multidisciplinar através das técnicas e abordagem terapêuticas solicitadas pelo médico assistente, **inclusive em ambiente domiciliar e escolar, desde que haja prescrição médica específica**, para os pacientes diagnosticados como portadores do transtorno do espectro autista.

Não obstante a concessão de efeito suspensivo modulado pela 1ª Vice-Presidência do TJPE no processo nº 0004470-21.2025.8.17.9000, que suspendeu temporariamente a força vinculante das teses fixadas no IAC nº 0534706-2, **entendo que a aplicação dos fundamentos ali consolidados permanece como a melhor interpretação jurídica para o caso concreto**. A decisão suspensiva não anulou o mérito do julgamento nem declarou equivocadas as conclusões técnico-jurídicas ali firmadas, limitando-se a suspender sua aplicação obrigatória até manifestação definitiva do STJ. Dessa forma, as razões de decidir que fundamentaram o entendimento do Tribunal Pernambucano continuam válidas e constituem orientação jurisprudencial relevante, especialmente porque decorrem de análise aprofundada e específica sobre a matéria, com participação de diversos órgãos fracionários da Corte.

Ademais, a manutenção da coerência decisória revela-se fundamental para preservar a segurança jurídica e a isonomia de tratamento entre jurisdicionados que se encontram em situação jurídica idêntica. Alterar





substancialmente o entendimento aplicado em casos análogos, sem que haja pronunciamento definitivo do STJ reformando o mérito das teses fixadas, geraria instabilidade jurisprudencial e tratamento desigual entre beneficiários de planos de saúde portadores de TEA. Por essa razão, enquanto não sobrevier decisão de mérito do STJ que eventualmente reforme ou confirme as conclusões do IAC, mantenho a aplicação dos fundamentos nele estabelecidos, por constituírem a orientação mais adequada e especializada sobre a matéria no âmbito da jurisdição pernambucana.

**Eventual alegação de preterição do segurado em relação ao atendimento dentro da rede credenciada e/ou ausência de estrutura, profissionais e clínicas referenciadas aptas para oferecer o tratamento em testilha, que, em tese, constituiria fundamento suficiente para, nos limites traçados pelo Colegiado, autorizar o dever de reembolso integral e/ou parcial das despesas perante prestador particular, deverá ser apreciada e dirimida na fase de cumprimento provisório ou definitivo da sentença.**

### **3.4 Da competência médica para definição do tratamento e limites da junta médica**

A questão central que se coloca diz respeito à prevalência entre a prescrição do médico assistente, que solicitou **10 sessões semanais de psicologia e 4 sessões semanais de terapia ocupacional**, e o parecer da Junta Médica, que reduziu para **6 sessões de psicologia e 3 sessões de terapia ocupacional**, fundamentando-se na alegação de "carga horária excessiva" que poderia ser prejudicial ao paciente.

Primeiramente, cumpre ressaltar que o **médico assistente é quem possui conhecimento específico sobre o quadro clínico individual do paciente**, acompanha sua evolução de forma continuada e tem a responsabilidade técnica e ética pela prescrição do tratamento mais adequado. A relação médico-paciente estabelece um vínculo de confiança e conhecimento aprofundado das necessidades terapêuticas específicas, que não pode ser substituída por avaliação genérica e distanciada. **O Dr. Felipe Poli (CRM 29962-PE)**, que acompanha o menor \_\_\_\_\_, fundamentou sua prescrição no quadro específico apresentado pelo paciente, que possui **TEA nível 2**



**associado a TDAH**, com déficits severos que demandam intervenção intensiva e individualizada.

Por outro lado, a Junta Médica, embora tenha competência técnica reconhecida pela RN 424/2017 da ANS, proferiu parecer de caráter **genérico**, baseado em considerações teóricas sobre os riscos do "excesso de terapias", sem, contudo, **examinar presencialmente o paciente ou analisar detalhadamente sua evolução clínica específica**. O parecer da junta fundamentou-se em premissas gerais sobre sobrecarga sensorial, fadiga e falta de generalização, **desconsiderando as particularidades do caso concreto e a gravidade específica** do quadro apresentado pelo menor, que, conforme laudo médico, apresenta **déficits severos** que justificariam abordagem terapêutica mais intensiva.

Ademais, o **Tribunal de Justiça de Pernambuco**, no IAC nº 0534706-2, firmou **tese expressa** de que **"o médico assistente é quem tem competência para determinar quais são as terapias necessárias ao tratamento de seu paciente, bem como a periodicidade com que estas devem ser realizadas"** (Tese 1.0). Este entendimento reconhece a **primazia da prescrição médica individualizada** sobre pareceres genéricos de juntas médicas, especialmente quando não há **contraindicação médica específica** ou **risco comprovado** para o paciente em questão.

**Assim, deve prevalecer a prescrição original do médico assistente**, que prescreveu o tratamento com base no conhecimento específico do caso, sobre o parecer genérico da junta médica, que, embora tecnicamente fundamentado, não considerou as particularidades individuais do paciente e a **necessidade de intervenção intensiva** para casos de **TEA nível 2 com comorbidades**, conforme amplamente reconhecido pela literatura médica especializada.

### **3.5 Do Direito Ao Reembolso Dos Valores Despendidos Com Tratamento**

Quanto ao pedido de **reembolso dos valores pagos desde o início do tratamento**, verifica-se que, aplicando-se o entendimento



consolidado no IAC nº 0534706-2 do TJPE, que reconhece a **obrigatoriedade de cobertura das terapias multidisciplinares** para pacientes com TEA, incluindo o **Acompanhante Terapêutico em ambiente domiciliar e escolar**, a negativa de cobertura pela operadora configurou-se **manifestamente indevida** desde o início.

**Nos termos da Tese 1.3, alínea "c" do referido precedente, "o reembolso 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".** Considerando que a operadora negou cobertura para tratamento **expressamente previsto** nas teses vinculantes do Tribunal, tal recusa afigura-se **manifestamente irregular**, autorizando o **reembolso integral** dos valores comprovadamente despendidos.

**Portanto, fica a operadora condenada ao reembolso integral dos valores despendidos pelo autor com o tratamento prescrito, desde que comprovados documentalmente os gastos e a efetiva prestação dos serviços**, observando-se o prazo de **30 (trinta) dias** para o reembolso, contado da apresentação da documentação comprobatória, **limitando-se o reembolso ao período posterior à vigência da RN 539/2022 da ANS** (1º de julho de 2022), marco temporal a partir do qual se consolidou a obrigatoriedade de cobertura das terapias especiais para TEA.

### **3.6. Dos Danos Morais**

Nesse ponto, é certo que o mero descumprimento contratual e a negativa de cobertura fundada na interpretação do contrato de plano de saúde, via de regra, não se afigura apta a ensejar reparação por dano extrapatrimonial.

No caso em apreço, apesar de a suposta deficiência na cobertura ter obrigado o autor a ajuizar a presente demanda, este fato desprovido de outras consequências, por si só, não caracteriza abalo psicológico ou sofrimento capaz de ensejar a pretendida verba indenitária, mormente quando não subsiste evidência de agravamento da saúde do autor/paciente.



Este é o entendimento consolidado na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça:

AGRAVO INTERNO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. CLÁUSULA CONTRATUAL. DÚVIDA RAZOÁVEL. DANOS MORAIS. NÃO CONFIGURAÇÃO. **1. A recusa da cobertura de tratamento por operadora de plano de saúde, por si só, não configura dano moral indenizável, quando fundada em razoável interpretação contratual.** 2. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 2.094.389/RR, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 28/11/2022, DJe de 2/12/2022.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE **RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICAS. PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO PRESCRITO PARA TRATAMENTO MÉDICO OCULAR. INTERPRETAÇÃO RAZOÁVEL DA CLÁUSULA CONTRATUAL. DANO MORAL NÃO CONFIGURADO**. 1. Ação de ressarcimento de despesas médicas, em virtude da recusa da operadora de plano de saúde em custear implante intravítreo de polímero farmacológico, complementar à cirurgia de catarata. **2. Segundo a orientação do STJ, é possível afastar a presunção de dano moral na hipótese em que a recusa de cobertura pela operadora do plano de saúde decorre de dúvida razoável na interpretação de cláusula contratual e não há o agravamento da situação do paciente.** 3. Agravo interno não provido. (AgInt no REsp n. 1.912.317/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 10/5/2021, DJe de 12/5/2021.)

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO CPC. AÇÃO DE



OBRIGAÇÃO DE FAZER E INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. **PLANO DE SAÚDE. RECUSA EM FORNECIMENTO DE PRÓTESE OCULAR NECESSÁRIA A CIRURGIA DE CATARATA.**

**INOCORRÊNCIA DE DANO MORAL.** REVISÃO DA CONCLUSÃO DA CORTE DE ORIGEM.

IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE REEXAME DE FATOS E PROVAS. SÚMULA Nº 7 DO STJ.

PRECEDENTES. DECISÃO MANTIDA. MULTA DO ART. 1.021, § 4º, DO CPC. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO, COM IMPOSIÇÃO DE MULTA. 1. Aplica-se o CPC a este recurso ante os termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC. 2. É inviável a análise de tese não suscitada nas razões do recurso especial por se tratar de evidente inovação recursal. Precedente. **3. Esta Corte já firmou o entendimento no sentido de que não há se falar na ocorrência de dano moral indenizável quando a operadora se nega a custear tratamento médico com base em previsão contratual que excluía a cobertura da referida terapêutica, ou seja, com base na dúvida razoável.** 4. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos. 5. Em virtude do não provimento do presente recurso, e da anterior advertência em relação a aplicabilidade do CPC, incide ao caso a multa prevista no art. 1.021, § 4º, do CPC, no percentual de 3% sobre o valor atualizado da causa, ficando a interposição de qualquer outro recurso condicionada ao depósito da respectiva quantia, nos termos do § 5º daquele artigo de lei. 6. Agravo interno não provido, com imposição de multa. (AgInt no AREsp n.



#### 4. Dispositivo

Nesta ordem de ideias, com fundamento no Art. 487, I, do CPC, julgo **PROCEDENTE EM PARTE** o pedido inicial para, **DEFERIR PARCIALMENTE** a tutela provisória de urgência requerida *initio litis* para:

a) **CONDENAR** a ré a autorizar e custear integralmente o tratamento multidisciplinar prescrito pelo médico assistente Dr. Felipe Poli (CRM 29962-PE), incluindo o **Acompanhante Terapêutico (AT)** em ambiente domiciliar e escolar, com profissionais de saúde especializados nas respectivas metodologias e **integrantes de sua rede credenciada**, observando que, nos termos do art. 6º da Resolução Normativa da ANS nº 465/2021 e do entendimento estabilizado pelo IAC nº 0534706-2, considerar-se-á especialista apto à aplicação das técnicas disponíveis - v.g. **ABA, BOBATH, HANEN, PECS, PROMPT, TEACCH e INTEGRAÇÃO SENSORIAL** - qualquer profissional de saúde habilitado para sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais;

**a.1) CONDENAR** a ré ao **reembolso integral** dos valores comprovadamente despendidos pelo autor com o Acompanhante Terapêutico, desde que demonstrados documentalmente os gastos (comprovantes de pagamento) e a efetiva prestação dos serviços (nota fiscal ou documento equivalente e discriminado dos serviços), observando-se o prazo de 30 (trinta) dias para o reembolso, contado da apresentação da documentação comprobatória, **limitando-se ao período posterior a 1º de julho de 2022** (vigência da RN 539/2022 da ANS);



b) **Resultado Equivalente.** Caso reste comprovada a inexistência de prestadores credenciados capazes, segundo os critérios estabelecidos no item antecedente, fica estabelecida a obrigação de custeio pelo plano de saúde do mesmo tratamento na rede particular, consoante a Resolução Normativa nº 539/2022 da ANS, desde que comprovado que o profissional ou clínica escolhida atende aos critérios técnicos adequados;

b.1) Se o custeio estabelecido no item "b" não se der de forma direta entre prestador e operadora de saúde, os valores deverão ser restituídos através de reembolso: i) nos limites do contrato (tabela de reembolso), quando não demonstrada a inexistência de rede assistencial apta ou quando o beneficiário optar por realizá-lo na rede particular; ii) **integral, no prazo de 30 (trinta) dias**, comprovada a inexistência de prestadores credenciados capazes, ou comprovada recusa manifestamente indevida de cobertura pelo plano de saúde;

b.2) **Seja qual for a hipótese de reembolso, sua exigibilidade terá por termo inicial a decisão que reconhecer a efetiva comprovação de inexistência de prestadores aptos a prestação das coberturas de acordo com os critérios definidos nesta decisão, não sendo admitido pedido retroativo.**

c) Eventuais controvérsias sobre a aptidão técnica dos prestadores de serviços, tanto da rede credenciada quanto da rede particular, **poderão ser dirimidas na fase de cumprimento de sentença mediante produção de prova pericial**, quando necessário;

d) Será lícito à operadora do plano de saúde, a qualquer tempo, requerer a cessação da prestação da cobertura perante prestador particular, se comprovar a existência de rede credenciada apta;



e) **DETERMINAR** que a parte autora apresente **laudo médico atualizado a cada 3 (três) meses**, elaborado pelo médico assistente, para acompanhamento da evolução do quadro clínico e eventual adequação do plano terapêutico, sob pena de suspensão temporária da cobertura até a regularização;

Em virtude da sucumbência recíproca, as custas serão rateadas entre as partes à razão de 70% para a ré e 30% para o autor. Os honorários advocatícios, fixados em 10% sobre o valor da condenação, serão suportados pela ré em 70% e pelo autor em 30%, observada a regra do Art. 98, §3º, do CPC, em razão do deferimento da gratuidade da justiça.

**No caso de oposição de embargos de declaração manifestamente protelatórios** (inclusive voltados à mera rediscussão do julgado), aplicar-se-á multa de até 2% sobre o valor da causa, nos termos do artigo 1.026, §2º, do CPC, e, em caso de reincidência, a multa será elevada em até 10%, nos termos do §3º do mesmo artigo.

**Interposta a apelação**, tendo em vista a nova sistemática estabelecida pelo CPC, que extinguiu o juízo de admissibilidade a ser exercido pelo Juízo "a quo" (art. 1.010 do CPC), sem nova conclusão, intime-se a parte contrária para que ofereça resposta no prazo de 15 (quinze) dias. Havendo recurso adesivo, também deve ser intimada a parte contrária para oferecer contrarrazões. Após, remetam-se os autos ao egrégio Tribunal.

Publique-se e intemem-se.

Certificado o trânsito, arquivem-se os autos definitivamente.

**Via eletronicamente assinada servirá como expediente de comunicação processual.**

Recife (PE), 23 de maio de 2025.





**José Júnior Florentino dos Santos Mendonça**

**Juiz de Direito**

