



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção A da 17ª Vara Cível da Capital

Avenida Desembargador Guerra Barreto - Fórum do Recife, S/N, Ilha Joana Bezerra, RECIFE - PE - CEP: 50080-900 - F:(81) 31810326

Processo nº **0089764-52.2026.8.17.2001**

AUTOR(A): -----

RÉU: -----

DECISÃO INTERLOCUTÓRIA COM FORÇA DE MANDADO

Vistos etc.

Cuida-se de ação cominatória c/c indenização por perdas e danos, em que se persegue a autorização e/ou custeio para/de tratamento multidisciplinar, em virtude do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista – TEA, bem assim a declaração de abusividade da cláusula contratual que prevê a coparticipação como fator moderador do contrato, para atendimentos ambulatoriais.

Pleiteou que o tratamento fosse composto pelas seguintes especialidades/terapias/métodos:

1. psicólogo(a) com abordagem ABA (2h por semana);
2. fonoaudiólogo(a) (2h por semana);
3. terapia ocupacional com integração sensorial (1h por semana);
4. terapia ocupacional com ênfase em AVDs (1h por semana);
5. psicopedagogo(a) (2h por semana).

Com a inicial, vieram documentos.

Na petição de ID 255106196, o(a) Autor(a) requereu a retificação de alguns dados cadastrais perante o Sistema PJe.

Em seguida, a Ré requereu sua habilitação nos autos (IDs 256345792 e 256772811).

Decido.

Defiro, primeiramente, o pedido de tramitação preferencial, com arrimo nas Leis nºs 12.764/2012 e 13.146/2015.

Defiro, também, o pedido de assistência judiciária gratuita, à vista dos elementos probatórios encartados nos autos (cf. artigos 98 e seguintes do CPC).

A tutela provisória de urgência perseguida pelo(a) Autor(a), de caráter antecipatório incidental, reclama a presença simultânea dos requisitos previstos no artigo 300 do CPC/2015, quais sejam, probabilidade do direito e perigo de dano/risco ao resultado útil do processo, além de reversibilidade.

Através da documentação que instrui a petição inicial ficaram provados os seguintes fatos: 1. ser o(a) Autor(a) beneficiário(a) de plano de saúde operado pelo(a) Ré(u) (IDs 254592924, 254592929 e seguintes); 2. ter sido o(a) Autor(a) diagnosticado(a) com Transtorno do Espectro Autista – TEA (CID 10 F84.0e / CID 11 6A02), com prescrição para tratamento multidisciplinar (IDs 254595403 e 254595408); 3. ter a Ré emitido faturas com cobrança mensal expressiva a título de coparticipação sobre o tratamento multidisciplinar, em valor superior a três vezes o custo da mensalidade individual do menor (IDs 254592930, 254595382 e 254595383).

Este é, em suma, o quadro fático.

As questões relacionadas à saúde suplementar vêm adquirindo contornos complexos nos últimos anos, diante da evolução normativa e jurisprudencial, demandando constantes revisões de entendimentos por este juízo, e uma análise mais vagarosa das questões postas, especialmente com relação ao caso presente, em que se persegue o custeio de tratamento multidisciplinar para adolescente diagnosticada com autismo infantil.

Tratando-se de questão afeta à saúde, aplicável a Lei 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, notadamente os artigos 10 e 12 da referida lei, que versam sobre o plano referência de assistência à saúde e a cobertura mínima obrigatória a ser oferecida.

Infere-se da referida normatização que as operadoras de planos de saúde, a partir de 03 de dezembro de 1999, viram-se obrigadas a instituir plano-referência apto a abarcar o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, atendendo às exigências mínimas listadas no artigo 12.

O § 4º do artigo 10 da Lei 9.656/1998, incluído inicialmente em 2001, já previa que “*A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS*”. Após a edição da Lei nº 14.454/2022, o dispositivo passou a ter a seguinte redação: “*A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação*”.

Nessa esteira, o artigo 4º, inciso III, da Lei nº 9.961/2000 já dispunha competir à ANS “*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*”.

Da interpretação conjunta desses dois dispositivos, conclui-se que são de cobertura obrigatória pelos planos e seguros de saúde todos os tratamentos, medicamentos e procedimentos previstos no Rol da ANS, observadas, quando existirem, as Diretrizes de Utilização.

Simultaneamente, submetem-se as operadoras de planos de saúde às normas protetivas e de ordem pública inseridas no Código de Defesa do Consumidor, uma vez presentes os elementos caracterizadores da relação de consumo (artigos 2º e 3º da Lei nº 8.078/90).

A aplicabilidade do CDC às operadoras de planos de saúde já é tema sumulado no Superior Tribunal de Justiça, inclusive:

*“**Súmula 608:** Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.*

Outrossim, materializa-se a avença em um contrato de adesão, cujas cláusulas foram aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente o seu conteúdo. Incumbe, assim, ao Poder Judiciário adequá-lo aos interesses das partes e à sua função social, ou, ainda, interpretá-lo favoravelmente, se dúvida, como prescreve o Código de Defesa do Consumidor, notadamente nos artigos 51 e 54, o que apenas reforça o princípio da legalidade e a garantia do ato jurídico perfeito, encartados no artigo 5º, incisos II e XXXVI, da Constituição Federal.

Especificamente em relação ao autismo, foi editada, em 2012, a Lei Federal nº 12.764, que consagra, dentre os direitos da pessoa com transtorno do espectro autista, o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo, e o atendimento multiprofissional (artigo 3º, inciso III, *a e b*).

Neste particular, é importante consignar que o atendimento multiprofissional se faz necessário, segundo a literatura médica, em razão das implicações do autismo em diversos aspectos do desenvolvimento: comunicação verbal e não verbal, habilidade para relacionamento interpessoal, capacidade adaptativa, desempenho cognitivo, desmodulações sensoriais, dentre outros[1].

A partir de então, sobrevieram diversas resoluções normativas da ANS voltadas especificamente para o tratamento multidisciplinar a beneficiários diagnosticados com transtorno do espectro autista.

Uma das modificações mais relevantes foi aquela instituída na Resolução Normativa nº 469/2021 da ANS[2], que estabeleceu ser devida a cobertura ilimitada a sessões de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional aos beneficiários diagnosticados com TEA, que já contavam com sessões ilimitadas de fisioterapia.

De outra banda, a Resolução Normativa da ANS nº 539, vigente desde 01 de julho 2022, incluiu o § 4º no artigo 6º da resolução normativa nº 465/2021 da ANS, que ficou com a seguinte redação:

“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. (Incluído pela RN nº 539, 23/06/2022)” (Grifei)

Sobre a referida alteração normativa, foram emitidos pela ANS uma nota técnica e um parecer de maior relevância, esclarecendo algumas questões a respeito do dever de cobertura a técnicas e métodos para beneficiários diagnosticados com TEA.

Na NOTA TÉCNICA Nº 1/2022/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO[3], emitida em 22.06.2022, a ANS fez as seguintes considerações acerca do tratamento multidisciplinar para o TEA:

“(…) 2.9. No que tange à cobertura assegurada a estes beneficiários, desde 12/07/2021, com a publicação da RN nº469/2021, que alterou a RN nº 465/2021, os portadores de Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem acesso a número ilimitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento de autismo, o que se soma à cobertura ilimitada que já era assegurada para as sessões com fisioterapeutas. Portanto, para estas categorias profissionais, o número de sessões é ilimitado e será aquele indicado pelo médico assistente do paciente. Além disso, as consultas médicas também são ilimitadas, para todas as especialidades médicas reconhecidas pelo CFM, incluindo, dentre outras, as especialidades de pediatria, psiquiatria e neurologia. Tais procedimentos visam a assegurar a assistência multidisciplinar dos beneficiários portadores do Transtorno do Espectro Autista.

2.10. Cabe destacar que o referido Rol, em regra, não descreve a técnica, abordagem ou método clínico/cirúrgico/terapêutico, a ser aplicado nos procedimentos listados nos anexos da RN 465/2021, permitindo a indicação, em cada caso, da conduta mais adequada à prática clínica.

2.11. Desse modo, a cobertura do procedimento poderá se dar por qualquer profissional de saúde habilitado para sua realização conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação dos respectivos Conselhos de Classe, desde que solicitado pelo profissional assistente, nos termos do art. 6º, da RN nº 465/2021. (...)” (grifei)

Em documento mais recente (PARECER TÉCNICO N.º 39/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024[4]), publicado em 30.08.2024, a ANS prestou os seguintes esclarecimentos sobre a questão:

“(…) Cabe destacar que o referido Rol, em regra, não descreve a técnica, abordagem ou método clínico/cirúrgico/terapêutico, a ser aplicado nas intervenções diagnóstico-terapêuticas a agravos à saúde sob responsabilidade profissional, permitindo a indicação, em cada caso, da conduta mais adequada à prática clínica.

É nesse sentido que a RN n.º 465/2021, no seu art. 6º, estabelece que os procedimentos e eventos listados no Rol 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.

Assim, conforme prevê o §3º do mencionado art. 6º da RN n.º 465/2021, a operadora deverá oferecer atendimento por profissional apto a tratar a CID do paciente e a executar o procedimento indicado pelo médico assistente, conforme as competências e habilidades estabelecidas pelos respectivos Conselhos Profissionais.

Dessa forma, como regra geral, não é necessário que a rede prestadora da operadora possua profissionais habilitados em determinada técnica/método, mas, se possuir, tal abordagem terapêutica poderá ser empregada pelo profissional no âmbito do atendimento ao beneficiário, durante a realização de procedimento coberto.

Do mesmo modo, caso o plano do beneficiário tenha previsão de livre escolha de profissionais, mediante reembolso, o procedimento constante no rol, realizado com a utilização de uma dessas técnicas/métodos, deverá ser reembolsado, na forma prevista no contrato.

No entanto, para ampliar as regras de cobertura assistencial para beneficiários de planos de saúde com TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO, entre os quais está incluído o TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, foi publicada, em 24/6/2022, a RN n.º 539, de 23/6/2022, com vigência a partir de 1/7/2022, que alterou a RN n.º 465/2021.

Dessa forma, de acordo com o §4º do art. 6º da RN n.º 465/2021, passou a ser obrigatória a cobertura para qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente, para o tratamento relacionado a paciente diagnosticado com transtornos enquadrados na CID F84, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Portanto, cabe ao médico assistente a prerrogativa de escolher o método ou técnica para o tratamento relacionado aos beneficiários diagnosticados com transtornos globais do desenvolvimento.

Diante disso, a operadora está obrigada a disponibilizar atendimento com profissionais de saúde aptos a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, nos termos do §4º do art. 6º da RN n.º 465/2022, e observando as regras de garantia de atendimento previstas na RN n.º 566/2022.

Não havendo indicação pelo médico assistente, quanto ao método/técnica a ser empregado, caberá ao terapeuta esta definição, conforme sua preferência, aprendizagem, segurança e habilidade profissional.

Importante ressaltar que o método ou técnica referido no § 4º do art. 6º da RN n.º 465/2021, incluído pela RN n.º 539/2022, se refere a qualquer técnica, método, terapia, abordagem ou manejo empregado na prática clínica profissional, no âmbito do atendimento realizado pelos profissionais que executam cada procedimento

Salienta-se que a garantia de cobertura do atendimento supramencionado está condicionada às seguintes condições:

- ***Prescrição do médico assistente;***
- ***Execução em estabelecimento de saúde ou por meio de tele saúde, nos moldes da legislação vigente;***
- ***Execução durante a realização de procedimentos com cobertura prevista no Rol (consultas ou sessões com fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos ou outros); e***
- ***Execução por profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais.***

Portanto, procedimentos realizados fora desses critérios, tais como, atendimentos em domicílio/escola/outros ambientes, atendimentos realizados por profissionais que não são da área da saúde ou que não estão no seu exercício profissional, prescrição de atendimento não relacionado a procedimento previsto no Rol, entre outros, não terão cobertura obrigatória pelas operadoras, seja por meio de rede própria/credenciada, seja por meio de reembolso, nos planos com opção de livre escolha de prestador.

Analizando o tema após a vigência da Resolução Normativa da ANS nº 539/2022, o Tribunal de Justiça de Pernambuco, no julgamento do Incidente de Assunção de Competência nº 001895281.2019.8.17.9000, fixou as seguintes teses gerais, **a princípio com eficácia vinculante**:

“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 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, 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” (grifei).

Posteriormente, todavia, em decisão proferida nos autos do processo nº 0004470-21.2025.8.17.9000, a Primeira Vice-Presidência do TJPE **suspendeu a eficácia vinculante do julgado**, até final pronunciamento do Superior Tribunal de Justiça sobre a matéria, senão vejamos:

“(…) No caso, como a matéria em discussão diz respeito à interpretação final de legislação infraconstitucional federal, é perfeitamente coerente, até por uma questão de segurança jurídica, que o efeito vinculante do precedente firmado no IAC 0018952-81.2019.8.17.9000 esteja condicionado a última palavra do órgão jurisdicional competente para decidir a questão em última instância, no caso, o STJ. Por oportuno, esclareço que, dado o caráter fundamental dos direitos em discussão, o teor das teses fixadas no acórdão proferido no IAC nº 0018952-81.2019.8.17.9000 permanecem intactas, em sua integralidade, ficando suspensa tão somente a vinculação obrigatória ao precedente, com seus respectivos consectários

legais previstos no CPC. Isto é dizer, de forma mais direta, que os magistrados deste Tribunal podem continuar aplicando o referido entendimento, em homenagem à ampla colegialidade exercida em julgamento unânime, aos intensos debates promovidos e à participação democrática, não ficando, todavia, vinculados à aplicação do precedente com força obrigatória, podendo adotar, fundamentadamente, posicionamento diverso. Em outras palavras, no caso, o efeito suspensivo ope legis deve incidir de modo que o acórdão do IAC subsista como precedente persuasivo, mas não como precedente vinculante com força obrigatória, até ulterior pronunciamento do respectivo Tribunal Superior, na linha do já aludido REsp n. 1.976.792/RS. (...)”.

(Des. Fausto Campos, 1º Vice-Presidente do TJPE, em 10.04.2025)

Na jurisprudência pátria, ao longo dos anos, instaurou-se discussão nos Tribunais pátrios acerca da taxatividade do Rol da ANS e o dever de cobertura pelas seguradoras/operadoras aos tratamentos, medicamentos e procedimentos nele não previstos, o que culminou com a edição da Lei nº 14.454/2022, que transformou o Rol da ANS em exemplificativo, estabelecendo critérios para a cobertura de tratamentos fora do Rol.

Recentemente, o Supremo Tribunal Federal julgou parcialmente procedente o pedido formulado na ADI 7.265/DF (acórdão publicado em 02.12.2025) para conferir interpretação conforme à Constituição ao § 13 do artigo 10 da Lei nº 9.656/1998, incluído pela Lei nº 14.454/2022, e fixou as seguintes teses gerais:

“1. É constitucional a imposição legal de cobertura de tratamentos ou procedimentos fora do rol da ANS, desde que preenchidos os parâmetros técnicos e jurídicos fixados nesta decisão.

2. Em caso de tratamento ou procedimento não previsto no rol da ANS, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que preenchidos, cumulativamente, os seguintes requisitos: (i) prescrição por médico ou odontólogo assistente habilitado; (ii) inexistência de negativa expressa da ANS ou de pendência de análise em proposta de atualização do rol (PAR); (iii) ausência de alternativa terapêutica adequada para a condição do paciente no rol de procedimentos da ANS; (iv) comprovação de eficácia e segurança do tratamento à luz da medicina baseada em evidências de alto grau ou ATS, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível; e (v) existência de registro na Anvisa.

3. A ausência de inclusão de procedimento ou tratamento no rol da ANS impede, como regra geral, a sua concessão judicial, salvo quando preenchidos os requisitos previstos no item 2, demonstrados na forma do art. 373 do CPC. Sob pena de nulidade da decisão judicial, nos termos do art. 489, §1º, V e VI, e art. 927, III, §1º, do CPC, o Poder Judiciário, ao apreciar pedido de cobertura de procedimento ou tratamento não incluído no rol, deverá obrigatoriamente: (a) verificar se há prova do prévio requerimento à operadora de saúde, com a negativa, mora irrazoável ou omissão da operadora na autorização do tratamento não incorporado ao rol da ANS; (b) analisar o ato administrativo de não incorporação pela ANS à luz das circunstâncias do caso concreto e da legislação de regência, sem incursão no mérito técnico-administrativo; (c) aferir a presença dos requisitos previstos no item 2, a partir de consulta prévia ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS), sempre que disponível, ou a entes ou pessoas com expertise técnica, não podendo fundamentar sua decisão apenas em prescrição, relatório ou laudo médico apresentado pela parte; e (d) em caso de deferimento judicial do pedido, oficiar a ANS para avaliar a possibilidade de inclusão do tratamento no rol de cobertura obrigatória” (ADI 7265, julgada em 18.09.2025).

Assim, desde 25.09.2025, para a concessão de pedidos de tratamento de saúde não contemplados no rol da ANS, o juízo deve analisar a presença cumulativa dos requisitos elencados pelo STF, os quais, a princípio, devem ser demonstrados pelas partes, na forma do artigo 373 do CPC, sob pena de nulidade da decisão.

A fim de analisar o cumprimento de tais requisitos, cumpre ao juízo, ainda, antes de exarar decisão, consultar previamente o NATJUS, ou, em caso de indisponibilidade, pessoas com expertise técnica.

É necessário, portanto, uma interpretação sistemática das normas, notas técnicas e pareceres emitidos pela ANS, da intenção do legislador com a edição da Lei nº 14.454/2022 e da interpretação conferida pela Suprema Corte ao tema no julgamento da ADI nº 7.265/DF, que compatibilize a possibilidade de prescrição pelo médico assistente de técnicas/métodos adequados ao tratamento individual de cada beneficiário diagnosticado com TEA com a teleologia das teses gerais fixadas pelo STF, de que apenas devem ser cobertos tratamentos previstos no Rol ou, se nele não previstos, apenas aqueles que possuam eficácia científica sólida.

Assim, em uma interpretação sistemática das normas e dos entendimentos jurisprudenciais ora analisados, concluo que **a recomendação expressa de tratamento, medicamento, terapia, método ou técnica pela ANS faz pressupor a adequação e a existência de evidências médicas sólidas em seu favor, compelindo os planos de saúde/seguros a sua cobertura obrigatória, desde que evidenciados os demais requisitos básicos (prescrição médica, adequação da prescrição ao caso concreto e âmbito de cobertura do contrato). Pelo contrário, a ausência de previsão no Rol ou de recomendação expressa pela ANS de terapia, técnica ou método torna obrigatória a demonstração, no caso concreto, do preenchimento cumulativo de todos os requisitos elencados pelo STF.**

Passo, então, à análise do caso concreto.

No caso em epígrafe, como visto, foram pleiteadas as seguintes terapias/métodos/técnicas:

1. psicólogo(a) com abordagem ABA (2h por semana);
2. fonoaudiólogo(a) (2h por semana);
3. terapia ocupacional com integração sensorial (1h por semana);
4. terapia ocupacional com ênfase em AVDs (1h por semana);
5. psicopedagogo(a) (2h por semana).

Como visto, existe dever de cobertura obrigatória a sessões ilimitadas de psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia.

Após pesquisas na internet, verifiquei que existe recomendação expressa da ANS para os métodos/técnicas ABA (contemplada na consulta com psicólogo) e PECS, psicopedagogia (contemplada na consulta com psicólogo ou terapeuta ocupacional), conforme NOTA TÉCNICA Nº 1/2022/GGRAS/DIRADDIPRO/DIPRO da ANS divulgada no Portal do Ministério da Saúde em julho de 2022 e Relatório de Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - 2018[5], o que faz presumir sua eficácia científica.

Por outro lado, a Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil atualizou as Recomendações e Orientações para o Diagnóstico, Investigação e Abordagem Terapêutica do Transtorno do Espectro Autista[6], na qual recomenda intervenções com base no método ABA associadas a terapias eficazes, como fonoterapia, terapia ocupacional com integração sensorial. Indicou, ainda, que podem ser eficazes em alguns casos individuais a terapia motora (fisioterapia, psicomotricidade ou educação física), terapia mediada por música ou abordagem pedagógica, além de intervenção cognitivo-comportamental e treino de habilidades sociais. As abordagens como equoterapia, neuromodulação, DIR/Floortime e canabidiol, por sua vez, foram descritas como terapias sem sólida evidência científica.

Foi reconhecido no referido documento, por fim, que inexistente dever de cobertura pelas operadoras de plano de saúde de procedimentos: a) em ambiente domiciliar, escolar ou outros que não sejam estabelecimentos de saúde; b) atendimentos realizados por profissionais que não são da área de saúde; c) procedimentos que exigem uma infraestrutura de grande porte, como equoterapia e hidroterapia; d) assistente ou acompanhante terapêutico (AT) em ambiente escolar.

Saliento que, embora não haja previsão específica no Rol da ANS ou recomendação expressa da dita agência, a terapia ocupacional com ênfase no treinamento de Atividades da Vida Diária (AVDs) foi regulada pela Resolução Coffito nº 316/2006[7], em que constou como de competência exclusiva do terapeuta ocupacional, sem exigência de formação complementar.

Ademais, em consulta ao *site* do Coffito[8], percebo que constam como especialidades reconhecidas da terapia ocupacional (Acupuntura, Contextos Hospitalares, Contextos Sociais, Contexto Escolar, Gerontologia, Saúde da Família e Saúde Mental), inexistindo qualquer indicativo de que tal técnica consista numa especialização da área.

Desse modo, sendo obrigatório o dever custeio de terapia ocupacional, também deve ser considerado obrigatório o custeio à técnica de AVDs, independente de comprovação pelo terapeuta de cursos ou especialização na técnica.

Assim, diante das peculiaridades do caso e dos documentos já analisados, entendo que estão previstas no Rol da ANS, possuem recomendação expressa pela referida agência reguladora ou pela Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil e, portanto, **devem ser considerados de cobertura obrigatória no atual estágio processual as seguintes terapias/métodos/técnicas, desde que prestados por profissionais de saúde:**

1. **psicologia com abordagem ABA;**
2. **fonoaudiólogo(a);**
3. **terapia ocupacional com AVDs e integração sensorial;**
4. **psicopedagogia, desde que prestada por psicólogo ou terapeuta ocupacional;**

Com relação ao pleito de afastamento da coparticipação, analisando os autos, observo que não foi juntado o contrato de plano de saúde, a fim de que seja possível a este juízo averiguar a existência de eventual cláusula que preveja o custeio de sessões ambulatoriais com fator moderador de coparticipação.

Entretanto, ainda que presente no contrato previsão nesse sentido, registro a existência de correntes dissonantes na jurisprudência pátria sobre o tema, inclusive no âmbito do STJ. De um lado, o entendimento de que o fator moderador pode ser cancelado, se previsto de forma clara no instrumento contratual; de outro, o entendimento de que a cobrança implica em relevante restrição ao tratamento de saúde, devendo, por isso, ser afastada.

Confira-se:

“AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. AUTISMO INFANTIL. TRATAMENTO MÉDICO. NÚMERO DE SESSÕES. LIMITAÇÃO CONTRATUAL. ABUSIVIDADE. SESSÕES EXCEDENTES. REGIME DE COPARTICIPAÇÃO. LIMITE MÁXIMO. PROCEDIMENTOS MÍNIMOS. ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO.

- 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).*
- 2. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça orienta-se no sentido de que são abusivas as cláusulas contratuais que impõem limitações ou restrições aos tratamentos médicos prescritos para doenças cobertas pelos contratos de assistência e seguro de saúde dos contratantes, cabendo apenas ao profissional habilitado - e não ao plano de saúde definir a orientação terapêutica a ser dada ao paciente.*
- 3. É abusiva a limitação do contrato de plano de saúde em relação ao número de sessões de psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicoterapia para o tratamento contínuo de autismo infantil.*
- 4. O número de sessões excedentes ao mínimo coberto deverá ser custeado em regime de coparticipação, como forma de garantir o equilíbrio contratual, prezando-se pela continuidade do tratamento necessário ao paciente sem impor ônus irrestrito à operadora do seu custeio.*
- 5. O percentual da coparticipação deve ser estabelecido até o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor do contrato com o prestador, sendo aplicado, por analogia, o art. 22, II, "b", da RN ANS nº 387/2015, que estava vigente à época do tratamento.*
- 6. O rol de procedimentos mínimos regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é meramente exemplificativo, podendo o médico prescrever o procedimento ali não previsto de forma fundamentada, desde que seja necessário ao tratamento de doença coberta pelo plano de saúde.*
- 7. Agravo interno não provido”.*

(AgInt no REsp n. 1.870.789/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 18/5/2021, DJe de 24/5/2021.)

“CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). TERAPIA MULTIDISCIPLINAR. QUESTÃO FEDERAL DEVIDAMENTE

PREQUESTIONADA. ÓBICES DAS SÚMULAS N.ºs 5 E 7 DO STJ. NÃO INCIDÊNCIA. COPARTICIPAÇÃO. POSSIBILIDADE. PRECEDENTES. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

- 1. A matéria referente à necessidade de coparticipação, abordada nas razões do recurso especial interposto pela operadora de planos de saúde, foi objeto de debate prévio nas instâncias de origem, tendo atendido, portanto, o requisito do prequestionamento.*
- 2. Por se tratar de questão que foi enfrentada no acórdão recorrido, o seu julgamento nesta Corte não esbarra nos óbices das Súmulas n.ºs 5 e 7 do STJ, exigindo, tão somente, o enquadramento das premissas fáticas assentadas pelo Tribunal estadual no sistema normativo, a fim de se obter determinada consequência jurídica, o que se mostra compatível com a estreita via do recurso especial.*
- 3. Na hipótese de sessões de terapia multidisciplinar para tratamento de transtorno do espectro autista (TEA), o número de sessões excedentes ao mínimo coberto deverá ser custeado em regime de coparticipação, como forma de garantir o equilíbrio contratual, prezando-se pela continuidade do tratamento necessário ao paciente sem impor ônus irrestrito à operadora do seu custeio. Incidência da Súmula n.º 83 do STJ.*
- 4. Agravo interno de P. D. G. não provido”.*

(AgInt no REsp n. 1.887.314/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 3/5/2023, DJe de 5/5/2023.)

“CIVIL E PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES. IMPOSSIBILIDADE. ROL DA ANS EXEMPLIFICATIVO. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONFORMIDADE COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA Nº 568 DO STJ. COPARTICIPAÇÃO ADMITIDA EM TESE, MAS QUE NÃO PODE SER EXAMINADA NO CASO CONCRETO POR INCIDÊNCIA, POR ANALOGIA, DA SÚMULA Nº 284 DO STF. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

- 1. Aplica-se o NCPC a este julgamento 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. A jurisprudência desta Corte entende abusiva a cláusula contratual ou o ato da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de terapia por esgotamento do número de sessões anuais asseguradas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.*
- 3. A falta de previsão de material solicitado por médico, ou mesmo procedimento, no rol da ANS, não representa exclusão tácita da cobertura contratual.*
- 4. Em que pese a existência de precedente da eg. Quarta Turma de que seria legítima a recusa de cobertura com base no rol de procedimentos mínimos da ANS, esta eg. Terceira Turma, no julgamento do AgInt no REsp nº 1.829.583/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, julgado aos 22/6/2020, reafirmou sua jurisprudência no sentido do caráter exemplificativo do referido rol de procedimentos.*

Incidência, à hipótese, da Súmula nº 568 do STJ.

- 5. Conquanto admitida, em tese, a legalidade da cláusula contratual que prevê coparticipação do segurado para sessões que excedem o limite mencionado, não é possível examinar o tema no caso dos autos, por falta de indicação de qual dispositivo de lei federal foi eventualmente violado, caracterizando deficiência na fundamentação e fazendo incidir à hipótese o teor da Súmula nº 284 o STF, por analogia.*
- 6. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo interno não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos.*
- 7. Agravo interno não provido”.*

(AgInt nos EDcl no AgInt no AREsp n. 1.691.550/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 2/2/2021, DJe de 8/2/2021.)

“AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. COPARTICIPAÇÃO. RESTRIÇÃO DE ACESSO À SAÚDE. VEDAÇÃO. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

- 1. No caso, o Tribunal de origem entendeu que o percentual de coparticipação, adicionado a cada sessão das terapias realizadas pelo autor para o tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA), indubitavelmente, inviabilizaria a continuidade da terapêutica, constituindo, assim, um fator restritivo de acesso ao serviço de saúde.*
- 2. Esta Corte de Justiça pacificou o entendimento de que não é abusiva cláusula contratual de plano privado de assistência à saúde que estabeleça a coparticipação do usuário nas despesas médico-hospitalares, desde que não inviabilize o acesso à saúde.*

Incidência da Súmula 83/STJ.

- 3. À luz do Código de Defesa do Consumidor, devem ser reputadas como abusivas as cláusulas que nitidamente afetem, de maneira significativa, a própria essência do contrato, impondo restrições ou limitações aos procedimentos médicos, fonoaudiológicos e hospitalares, prescritos para doenças cobertas nos contratos de assistência e seguro de saúde dos contratantes, como é o caso dos autos.*
- 4. Agravo interno a que se nega provimento”.*

(AgInt no REsp n. 2.085.472/MT, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 20/11/2023, DJe de 23/11/2023.)

Curvo-me, neste instante, à segunda corrente jurisprudencial, embora com temperamentos. Concluo que, em tese, a imposição de coparticipação para o tratamento multidisciplinar para os transtornos globais de desenvolvimento pode, sim, inviabilizar sua realização, a depender de fatores pontuais, como a capacidade financeira do beneficiário e o percentual de coparticipação estabelecido.

De regra, a limitação será severa, porquanto o número de sessões ambulatoriais que integram o tratamento é expressivo e, por menor que seja o percentual de coparticipação, o somatório implicará num montante elevado, passível de comprometer a renda familiar.

No caso vertente, pelos documentos juntados pelo(a) Autor(a), percebo que o valor cobrado a esse título chegou a R\$ 1.978,25 (mil, novecentos e setenta e oito reais e vinte e cinco centavos) quatrocentos e três reais) no mês de julho de 2026, o que sugere para uma cobrança elevada em meses que o tratamento for prestado na periodicidade prescrita pelo(a) médico(a) assistente, a comprometer a renda familiar.

No mesmo sentido:

“1ª TURMA DA CÂMARA REGIONAL DE CARUARU AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 0001912-62.2023.8.17.9480 AGRAVANTE: UNIMED CARUARU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO AGRAVADO: D.L.G.A. REPRESENTANTE: ADEILDO ANTUNES SILVA PROCESSO REFERÊNCIA: 0005742-89.2023.8.17.2640 JUÍZO DE ORIGEM: 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE GARANHUNS-PE RELATOR: DES. LUCIANO DE CASTRO CAMPOS EMENTA: DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE DECLARAÇÃO DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL C/C DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. PRESCRIÇÃO MÉDICA. COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. RESTRIÇÃO DE ACESSO À SAÚDE. RECURSO NÃO PROVIDO. UNÂNIME. 1. Paciente (menor) diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (CID 10 - F84.0). Indicação de tratamento multidisciplinar, com acompanhamento regular por profissionais com certificados e experiência em autismo. 2. O TJPE, por meio do julgamento do IAC nº 0018952-81.2019.8.17.9000, definiu a obrigatoriedade da cobertura integral pelos planos de saúde do tratamento multidisciplinar completo para pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista, na forma prescrita pelo médico assistente. 3. A coparticipação é prevista no art. 16, inciso VIII, da Lei nº 9.656/1998. Contudo, não pode ser causa que inviabilize a continuidade da terapêutica, de modo a restringir o acesso do usuário ao serviço de saúde contrato. 4. É pacífico o entendimento na jurisprudência dos Tribunais Superiores, de que é abusiva cláusula contratual de plano privado de assistência à saúde que estabeleça a coparticipação do usuário nas despesas médico-hospitalares, desde que não inviabilize o acesso à saúde. (AgInt no REsp n. 2.085.472-MT) 5. Os elementos de prova presentes nos autos não se mostram suficientes para conceder o efeito suspensivo pretendido. Necessidade de maior dilação probatória durante a instrução processual nos autos de origem. 6. Agravo de Instrumento provido. Decisão unânime. ACÓRDÃO Vistos, relatados e discutidos estes autos de nº 0001912-62.2023.8.17.9480, ACORDAMos Desembargadores integrantes da Egrégia Primeira Turma da Câmara Regional do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, à unanimidade, em negar provimento ao Agravo de Instrumento, nos termos do voto do Relator, da ementa e das notas taquigráficas em anexo, que fazem parte integrante do julgado. Caruaru, data conforme assinatura eletrônica. Des. Luciano Campos Relator”

(TJ-PE - AGRAVO DE INSTRUMENTO: 0001912-62.2023.8.17.9480, Relator.: LUCIANO DE CASTRO CAMPOS, Data de Julgamento: 01/04/2024, Gabinete do Des. Luciano de Castro Campos (1ª TCRC))

“Tribunal de Justiça de Pernambuco Poder Judiciário Gabinete do Des. Alexandre Freire Pimentel (1ª TCRC) - F:() AGRAVO DE INSTRUMENTO (202) nº 0002801-16.2023.8.17.9480 AGRAVANTE: LARISSA LOPES TEIXEIRA BRITO AGRAVADO (A): UNIMED AGRESTE MERIDIONAL COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO, UNIMED CARUARU COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) . COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO. ABUSIVIDADE. DIREITO À SAÚDE E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. CLÁUSULAS CONTRATUAIS . PRINCÍPIOS DA BOA-FÉ OBJETIVA E FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO. INTERPRETAÇÃO FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR. COBERTURA INTEGRAL SEM COPARTICIPAÇÃO. PROVIMENTO DO RECURSO . Aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, garantindo clareza de informações e vedando práticas abusivas, conforme Súmula 469 do STJ. Direito à cobertura integral do tratamento para pacientes com TEA, sem limitações quantitativas de sessões ou cobrança de coparticipação, em respeito à legislação e jurisprudência vigente. Necessidade de interpretação das cláusulas contratuais à luz dos princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato, privilegiando o direito à saúde e a dignidade da pessoa humana. Provimento do recurso para determinar a reativação do plano de saúde sem cobrança de coparticipação nas terapias relacionadas ao tratamento de TEA, até decisão final na ação principal . ACÓRDÃO Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, ACORDAM os Desembargadores integrantes da 1ª Turma da Câmara Regional de Caruaru-PE em DAR PROVIMENTO ao recurso, nos termos do voto do Relator. Caruaru-PE, data registrada no sistema. Des. Alexandre Freire Pimentel Relator”

(TJ-PE - AGRAVO DE INSTRUMENTO: 0002801-16 .2023.8.17.9480, Relator.: ALEXANDRE FREIRE PIMENTEL, Data de Julgamento: 01/04/2024, Gabinete do Des . Alexandre Freire Pimentel (1ª TCRC))

“APELAÇÃO CÍVEL. SAÚDE. PREVIDÊNCIA. PLANO IPE SAÚDE . TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. AUTOR DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CID10: F84). NEGATIVA ADMINISTRATIVA CALCADA NA AUSÊNCIA DE COBERTURA. EXEGESE DO ART . 4º DA LEI COMPLEMENTAR Nº 15.145/2018. EXIGÊNCIA DE COPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA DO SEGURADO. INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS DO USUÁRIO DEMONSTRADA NO CASO CONCRETO . DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. REDUÇÃO DA COPARTICIPAÇÃO. CABIMENTO. POSSIBILIDADE DE AÇÃO DE REGRESSO CONTRA OS ENTES POLÍTICOS . PEDIDO DE RESSARCIMENTO DAS DESPESAS PARTICULARES. NECESSIDADE DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO DE CONCESSÃO DO TRATAMENTO. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA, NO PONTO. MAJORAÇÃO DA VERBA HONORÁRIA . NÃO CABIMENTO. SENTENÇA MANTIDA, NO PONTO. RECURSOS PARCIALMENTE PROVIDOS. 1 . De acordo com o preconizado no art. 4º da Lei Complementar nº 15.145/2018, aplicável ao caso em análise, o Plano IPE Saúde é integrado pelos atendimentos médicos, hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais, envolvendo os atos necessários ao diagnóstico e ao tratamento, bem como ações de prevenção da doença e à promoção da saúde. Inegável, assim, a responsabilidade de cobertura pela autarquia estadual do tratamento multidisciplinar postulado, necessário ao correto tratamento de saúde do autor . 2. A escolha do tratamento a ser utilizado no paciente cabe ao médico e não ao plano de saúde, já que somente o profissional especializado é quem poderá optar e recomendar qual o melhor método e/ou material a ser utilizado em cada caso, tudo no objetivo de alcançar o melhor resultado do tratamento. Sentença mantida. 3 . De regra, de acordo com a jurisprudência desta Corte de Justiça, é devido o pagamento de coparticipação pelo segurado, conforme previsto na Lei Complementar nº 15.145/18, nos seus artigos 2º, § 1º; 6º, § 2º; 18 e 30, que estabelecem que o usuário do plano de saúde, ao fazer uso de "consultas, exames complementares, serviços ou procedimentos" oferecidos, deverá efetuar o pagamento de coparticipação. 4. Não obstante, depreende-se dos autos que o núcleo familiar do autor não possui condições de arcar com a coparticipação no patamar definido pelo IPE Saúde (40%), sob pena de comprometimento do seu sustento, tendo restado demonstrado, no caso concreto, a insuficiência de recursos . 5. Na esteira da jurisprudência do egrégio Superior Tribunal de Justiça, ainda que em julgados aplicáveis a planos de saúde privados, o percentual a título de coparticipação previsto em lei ou no contrato poderá ser afastado/reduzido se configurar financiamento integral do procedimento por parte do usuário ou, então, restrição severa ao acesso aos serviços, de modo a inviabilizar a utilização dos mesmos. Assim, limitações severas não devem prevalecer diante de normas constitucionais garantidoras do direito à saúde e à vida. 6 . Ainda que haja previsão expressa da coparticipação em lei, o direito da criança de receber o tratamento adequado para a sua saúde e vida digna advém de preceitos constitucionais, os quais se sobrepõem à lei e a normativos da autarquia previdenciária e devem reger, por constituírem-se em normas de valor supremo, o ordenamento jurídico como um todo. Sentença parcialmente reformada. 7. Ademais, considerando que o direito constitucional à saúde deve ser prestado pelo Estado (lato sensu), caso o IPE Saúde entenda cabível, poderá ajuizar ação de regresso postulando o ressarcimento, quanto à coparticipação, do ente federativo estadual ou municipal, a teor dos arts . 196 e 23, inciso II, da Constituição Federal, já que a redução/isenção da parte autora no custeio da coparticipação está centrada não apenas na relação contratual com seu plano de saúde, mas, sobretudo, no direito à saúde do menor. 8. Nos

moldes da jurisprudência desta Corte de Justiça, cabe o ressarcimento de despesas particulares quando demonstrada a necessidade e urgência do uso da medicação, após o protocolo do pedido administrativo, ainda que se cuide de tratamento que não conste, expressamente, nas tabelas do IPE Saúde. Caso dos autos em que o ressarcimento deve ser deferido somente após a solicitação administrativa de fornecimento do tratamento multidisciplinar ao IPE Saúde. Parcial reforma da sentença. Desprovisionamento do pedido de majoração da verba honorária, devendo ser mantidos os honorários arbitrados da sentença, visto que de acordo com a complexidade da demanda e tempo de tramitação, além de o montante fixado estar acima daquele comumente fixado por esta C. Câmara. Sentença mantida. RECURSOS DE APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDOS, POR UNANIMIDADE”.

(TJ-RS - Apelação: 50022414620238210016 OUTRA, Relator: Ricardo Torres Hermann, Data de Julgamento: 23/04/2024, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 24/04/2024)

“AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. TEA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. COPARTICIPAÇÃO. Insurgência contra decisão que consignou que deve ser observado o que dispõe o contrato sobre a coparticipação. Acolhimento. Coparticipação que não deve prevalecer neste momento processual, sob pena de inviabilizar o tratamento. Valores que poderão ser ressarcidos em caso de eventual improcedência. Decisão reformada. RECURSO PROVIDO”.

(TJ-SP - Agravo de Instrumento: 21347523520248260000 Catanduva, Relator.: Clara Maria Araújo Xavier, Data de Julgamento: 30/08/2024, 8ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 30/08/2024)

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. MENOR IMPÚBERE COM DIAGNÓSTICO DE TEA (TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, CID F-84). PRESCRIÇÃO MÉDICA DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR (TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA E PSICOLOGIA). ABUSIVIDADE NA INTERRUÇÃO DO TRATAMENTO, QUANDO ESGOTADA A COTA DE SESSÕES ANUAIS ASSEGURADA PELO ROL DE PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS DA ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR). ENTENDIMENTO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. POSTERIOR RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 539/2022 DA ANS QUE AMPLIOU AS REGRAS DE COBERTURA PARA TRATAMENTO DE TRANSTORNOS GLOBAIS DE DESENVOLVIMENTO. DIREITO À COBERTURA ILIMITADA. COPARTICIPAÇÃO CALCULADA SOBRE CADA SESSÃO REALIZADA. ILEGALIDADE. NECESSIDADE DE AJUSTE NA FORMA DE APLICAÇÃO, SOB PENA DE CAUSAR ONEROSIDADE EXCESSIVA QUE RESTRINGE O ACESSO DO USUÁRIO AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONTRATADOS. REGIME DE COPARTICIPAÇÃO QUE DEVE INCIDIR UMA VEZ SOBRE CADA TIPO DE TRATAMENTO, INDEPENDENTE DA QUANTIDADE DO NÚMERO DE SESSÕES. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. DESCONTINUIDADE DE TRATAMENTO QUE IMPLICA EM AGRAVAMENTO NO QUADRO DE SAÚDE. VALOR DA INDENIZAÇÃO. NECESSIDADE DE ELEVAÇÃO. PARÂMETROS DOUTRINÁRIOS E JURISPRUDENCIAIS. MAJORAÇÃO DA VERBA HONORÁRIA ADVOCATÍCIA, EM ATENÇÃO AO ARTIGO 85, § 2º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA. RECURSO N.1 (PLANO DE SAÚDE, RÉU) DESPROVIDO, COM A ELEVAÇÃO DA VERBA HONORÁRIA EM GRAU RECURSAL (85, § II, CPC). RECURSO N.2 (USUÁRIO, AUTOR) PROVIMENTO”.

(TJ-PR - APL: 00021844120208160119 Nova Esperança 0002184-41.2020.8.16.0119 (Acórdão), Relator.: Helio Henrique Lopes Fernandes Lima, Data de Julgamento: 17/04/2023, 8ª Câmara Cível, Data de Publicação: 19/04/2023)

“AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. COPARTICIPAÇÃO. PACIENTE COM AUTISMO. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR, COM INÚMERAS SESSÕES DE TERAPIA E SEM PRAZO DETERMINADO. PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO QUE INVIABILIZA O TRATAMENTO. REDUÇÃO. MANUTENÇÃO DA DECISÃO. 1. Cinge-se a controvérsia ao percentual de cobranças decorrentes de coparticipação, em contrato de plano de saúde. 2. Juízo a quo que concedeu a tutela de urgência para limitar o valor de coparticipação à mensalidade do plano de saúde. 3. RN 469/2021 que estabeleceu cobertura obrigatória, em número ilimitado, de sessões com fonoaudiólogo, psicólogo ou terapeuta ocupacional, para pacientes com autismo. 4. Tratamento contínuo e sem prazo para término - cobrança de coparticipação por sessão realizada, que, dependendo do montante, representa fator restritivo ao tratamento, de forma a contrariar a Resolução nº 08/1998 do CONSU: "Art. 2º. Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados: (...) VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;" 5. Imperativo clínico de utilização intensiva de serviços médicos

imprescindíveis ao desenvolvimento do segurado, a justificar a manutenção da tutela de urgência. NEGATIVA DE PROVIMENTO AO RECURSO”

(TJ-RJ - AGRAVO DE INSTRUMENTO: 00885303820248190000 2024002129612, Relator.: Des(a). MÔNICA DE FARIA SARDAS, Data de Julgamento: 03/04/2025, DECIMA NONA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 25ª CÂMARA CÍVEL), Data de Publicação: 10/04/2025)

Presente, portanto, a probabilidade parcial do direito autoral.

Quanto ao segundo requisito exigido para a concessão da tutela provisória de urgência, o perigo de dano/risco ao resultado útil do processo, registro que a importância do tratamento precoce foi atestada no(s) laudo(s) e documento(s) médicos acima mencionados.

Ademais, é de notória sabença que o tratamento tardio do autista pode não surtir o efeito desejado, haja vista o gradativo aumento da sintomatologia e o comprometimento das funções naturais, se não devidamente trabalhadas.

Em paralelo, entendo ser patente o perigo de dano quanto ao afastamento da coparticipação, traduzido na possibilidade de inadimplência e, por conseguinte, de extinção do pacto, com vulneração dos bens supremos do ser humano – vida e saúde, mormente quando se trata de beneficiário(a) que se encontra atualmente realizando tratamento multidisciplinar.

Por derradeiro, **registro inexistir, no caso, o perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão, haja vista que, na hipótese de vir a ser julgado improcedente o pedido inaugural, poderão ser cobrados do(a) Autor(a), ainda que em ação própria, os custos dos serviços/materiais utilizados e os valores cuja cobrança restou suspensa por força da presente.**

Posto isto, com fulcro nos dispositivos legais acima transcritos, bem como no artigo 300 do CPC:

1. DEFIRO A TUTELA DE URGÊNCIA, DE NATUREZA ANTECIPATÓRIA INCIDENTAL, DETERMINANDO À(AO) RÉ(U) QUE AUTORIZE E CUSTEIE, EM SUA REDE CREDENCIADA, NO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS, O TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR, A SER REALIZADO EM AMBIENTE CLÍNICO E POR PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE, COMPOSTO POR:

1.1. PSICÓLOGO(A) COM ABORDAGEM ABA (2H POR SEMANA);

1.2. FONOAUDIÓLOGO(A) (2H POR SEMANA);

1.3. PSICOPEDAGOGO(A) (2H POR SEMANA);

1.4. TERAPEUTA OCUPACIONAL COM INTEGRAÇÃO SENSORIAL (1H POR SEMANA);

1.5. TERAPEUTA OCUPACIONAL COM AVDS (1H POR SEMANA)

2. DEFIRO A TUTELA DE URGÊNCIA, DE NATUREZA ANTECIPATÓRIA INCIDENTAL, REQUERIDA NA PETIÇÃO DE ID 208635804, DETERMINANDO AO(À) RÉ(U) QUE SE ABSTENHA DE FAZER COBRANÇAS A TÍTULO DE COPARTICIPAÇÃO COM RELAÇÃO AO TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR OBJETO DESTES AUTOS.

Deixo de cominar multa diária para a hipótese de descumprimento da obrigação deferida no item 1, haja vista estar se mostrando ineficaz em processos congêneres, bem assim a possibilidade de adoção de medida constritiva que garanta o resultado prático da ordem judicial (aplicação analógica do artigo 497 do CPC).

Em caso de descumprimento da obrigação deferida no item 2, **fixo multa mensal no valor de R\$ 2.500,00 (dois e quinhentos reais).**

Na hipótese de alegação de descumprimento de liminar, tendo em vista o impacto que as longas discussões travadas em processos de conhecimento vêm causando nas Metas traçadas pelo CNJ, entendo que o debate deverá ser relegado a autos apartados, incumbindo ao(à) Autor(a) ingressar no Sistema PJe com um novo processo, a ser distribuído por dependência a esta unidade jurisdicional, sob a classe processual de “Cumprimento Provisório de Decisão” (10980), com cadastramento das partes e procuradores já vinculados a estes autos e observância aos requisitos próprios, conforme artigos 297, parágrafo único, e 519, ambos do CPC.

Intime-se o(a) Ré(u) pessoalmente (Súmula 410 do STJ) para cumprimento imediato.

No mais, considerando:

1. a possibilidade de realização de audiência de conciliação por meio presencial ou remoto (através do aplicativo WhatsApp ou por meio da Plataforma Teams), junto à CEJUSC;
2. que a não realização da audiência de conciliação/mediação prevista no artigo 334 do CPC é insuscetível de causar qualquer prejuízo às partes e, por conseguinte, acarretar nulidade processual, máxime diante da possibilidade/dever do juiz de promover a autocomposição a qualquer tempo, em havendo sinalização positiva para tanto (artigos 139, inciso V, c/c 277 do CPC/2015);
3. os princípios da economia e celeridade processuais, instrumentalidade das formas e razoável duração do processo;

DEIXO DE DESIGNAR DE LOGO A AUDIÊNCIA PREVISTA NO ARTIGO 334 DO CPC E FAÇO AS DETERMINAÇÕES SEGUINTE:

1. Cite(m)-se o(a)(s) Ré(u)(s) para tomar(em) ciência dos termos da ação e intime(m)-se para, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias (observados, quanto ao início do prazo, os regramentos insertos nos artigos 231 e 335, inciso III, CPC/2015):

1.1 apresentar(em) contestação, com a advertência do artigo 344, do CPC/2015;

1.2 manifestar eventual interesse na conciliação presencial ou por meio remoto (aplicativo WhatsApp/ou plataforma Teams), a ser conduzida pelo CEJUSC, devendo, na segunda hipótese, indicar número de telefone, com acesso ao referido aplicativo, e endereço eletrônico (e-mail).

2. Intime(m)-se o(a)(s) Autor(a)(s)(es) para, no prazo de 15 (quinze) dias, manifestar(em)-se nos termos do subitem 1.2.

3. Manifestando ambas as partes interesse na designação de audiência de conciliação, situação que deve ser certificada nos autos, retornem os autos conclusos para o agendamento.

4. Decorrido *in albis* o prazo para apresentação de contestação, situação que deve ser certificada nos autos, venham os autos conclusos para apreciação.

5. Não interessando a quaisquer das partes a designação de audiência de conciliação e apresentada contestação, certifique-se sua (im)tempestividade e, em seguida, intime(m)-se o(a)(s) Autor(a)(s)(es) para se manifestar(em) no prazo de 15 (quinze) dias.

6. Se apresentada reconvenção, certifique-se tal situação e a (im)tempestividade da peça e, em seguida, faça-se conclusão.

7. Apresentada réplica, ou certificado o decurso do prazo para sua apresentação, intmem-se as partes para que informem, no prazo comum de 15 (quinze) dias, sobre a possibilidade de conciliação, devendo lançar de logo a proposta conciliatória nos autos, por medida de economia processual.

7.1 Lançada a proposta conciliatória, intime-se a parte adversa para se manifestar em outros 15 (quinze) dias.

7.2 Inexistindo ânimo de conciliar, as partes deverão esclarecer se desejam produzir prova complementar, já as especificando, em caso positivo, e a respectiva finalidade.

8. Formulado algum requerimento pelas partes, situação que deve ser certificada nos autos, venham os autos conclusos para apreciação.

10. Não havendo conciliação, tampouco especificação de prova complementar, hipótese que autoriza julgamento antecipado do mérito (artigo 355, I, do CPC), intime-se o Ministério Público para se manifestar no prazo de 30 (trinta) dias, nos termos do artigo 178, II do CPC/2015 e, após, retornem os autos conclusos para julgamento, a fim de que figure o processo na lista de ordem cronológica prevista no artigo 12 do CPC.

11. **Procedo à retificação do Sistema PJe para que este feito passe a constar como processo com pedido de gratuidade judiciária e de liminar.**

Proceda a Diretoria Cível, ainda, à retificação do polo ativo do feito, para que conste a Sra. Naiara Manoela da Silva como representante legal do(a) Autor(a).

Cópia da presente, autenticada por servidor em exercício na Diretoria Cível do 1º Grau, poderá servir como mandado, se necessário, nos termos da Recomendação nº 03/2016-CM/TJPE.

Intmem-se. Cumpram-se com urgência.

Recife, data da assinatura eletrônica.

Cíntia Daniela Bezerra de Albuquerque

Juíza de Direito

[1] <http://autismobrasil.org/autismo/diagnostico.html> .

[2] “ANEXO I

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

104. SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO

4. Cobertura obrigatória **em número ilimitado de sessões para pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento - Autismo (CID F84.0; CID F84.1; CID F84.3; F84.5; CID F84.9);**

106. SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

2. Cobertura obrigatória **em número ilimitado de sessões para pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84)”. (grifei)**

[3] <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/noticias/pdfs-para-noticias/NotaTecnica1.pdf>

[4] https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicosda-ans/2024/parecer-tecnico-no-39_2024_terapias-e-metodos-transtorno-do-espectro-autista_rn-539-2022_rn-541-2022.pdf

[5] https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultaspublicas/cp61/cp61_relatorio_nota_tecnica_204_2017.pdf

[6] <https://sbni.org.br/recomendacoes-e-orientacoes-para-o-diagnostico-investigacao-e-abordagemterapeutica-do-transtorno-do-espectro-autista/>

[7] <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3074>

[8] <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=34091> e https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3390



Assinado eletronicamente por: **CINTIA DANIELA BEZERRA DE ALBUQUERQUE**

13/10/2026 21:37:29

<https://pje.cloud.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **257786648**



26101321372922200000250529763