



NOTA TÉCNICA

16
2025



CENTRO DE
INTELIGÊNCIA

TJDF

**CANCELAMENTO UNILATERAL
DE PLANOS DE SAÚDE DE PESSOAS
COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**
NOTA TÉCNICA CIJDF 16/2025

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS – TJDF

CENTRO DE INTELIGÊNCIA DA JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL – CIJDF

GRUPO DECISÓRIO

Des. Roberval Casemiro Belinati – 1º Vice-Presidente do TJDF e Presidente do CIJDF
Juiz Francisco Antônio Alves de Oliveira – Representante da Presidência
Juiz Luis Martius Holanda Bezerra Junior – Juiz Auxiliar da 1ª Vice-Presidência e Supervisor do CIJDF
Juíza Marília Garcia Guedes – Representante da 2ª Vice-Presidência
Juiz Caio Brucoli Sembongi – Representante da Corregedoria
Juíza Luciana Yuki F. Sorrentino – Coordenadora do CIJDF
Juiz Ângelo Pinheiro Fernandes de Oliveira – Coordenador do CIJDF

GRUPOS TEMÁTICOS

Juíza Paula Afoncina Barros Ramalho – Coordenadora do Grupo Temático de Direito Criminal
Juíza Simone Garcia Pena – Coordenadora do Grupo Temático de Direito Privado
Juíza Acácia Regina Soares de Sá – Coordenadora do Grupo Temático de Direito Público

EQUIPE TÉCNICA DA COORDENADORIA ADMINISTRATIVA DO CENTRO DE INTELIGÊNCIA DA JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL – COCIJDF

Flaviane Silveira Curado Ayres
Flávia Nunes de Carvalho Cavichioli Carmona
Felipe Tiago Lira Severiano
Márcia Maria Moraes Muniz

NÚCLEO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO DO CENTRO DE INTELIGÊNCIA – NUGICI


Philipe Teixeira Campos
Karine da Silva Marques
Vinicius Cunha e Silva

APOIO

Coordenadoria de Doutrina e Jurisprudência – CODJU
Coordenadoria de Sistemas e Estatísticas da primeira instância – COSIST

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Assessoria de Comunicação Social – ACS
Núcleo de Editoração e Design Digital – NUEDG | CODIG



CANCELAMENTO UNILATERAL
DE PLANOS DE SAÚDE DE PESSOAS
COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

NOTA TÉCNICA

16

2025



CENTRO DE
INTELIGÊNCIA

TJDFT

NOTA TÉCNICA CIJDF 16/2025	6
APRESENTAÇÃO	7
1. OBJETO DA NOTA TÉCNICA	7
2. DIREITO À SAÚDE E SAÚDE SUPLEMENTAR	13
3. REGRAS GERAIS DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIVADOS	16
3.1 MODALIDADES DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE	21
3.2 CONDIÇÕES PARA A RESCISÃO UNILATERAL DOS CONTRATOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	22
3.3 EXCLUSÃO PONTUAL DE BENEFICIÁRIOS	25
3.4 CARÊNCIA E PORTABILIDADE	26
3.5 DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES E VEDAÇÃO À SELEÇÃO DE RISCOS	33
4. HIPERVULNERABILIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	36

5. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: VIESES, GESTÃO PROCESSUAL, DIÁLOGO DAS FONTES E PRECEDENTES QUALIFICADOS	46
5.1 DIRETRIZES DO FONAJUS PARA A GESTÃO PROCESSUAL E INICIATIVAS DE MANEJO EM ESCADA DE DEMANDAS RELACIONADAS AO TRATAMENTO DO TEA	49
5.2 COBERTURA DO TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DO TEA SOB A ÓTICA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA	53
5.3 TEMA REPETITIVO 1.082	56
6. PERFIL DAS DEMANDAS RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS COM TEA NO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRTO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS	59
6.1 ANÁLISE DAS DEMANDAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR DE PESSOAS COM TEA NA PRIMEIRA INSTÂNCIA	61
6.2 ANÁLISE DAS DEMANDAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR DE PESSOAS COM TEA NA SEGUNDA INSTÂNCIA	73
CONCLUSÃO	83
DIRETRIZES	96
REFERÊNCIAS	98

NOTA TÉCNICA CIJDF 16/2025

EMENTA: CANCELAMENTO UNILATERAL DE PLANOS DE SAÚDE DE PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. AFERIÇÃO DE JURIDICIDADE. DIREITO À SAÚDE. SAÚDE SUPLEMENTAR. REGRAS GERAIS DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIVADOS. HIPERVULNERABILIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. ESPECIFICIDADES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PESSOA COM TEA. DIRETRIZES DO FONAJUS RELATIVAS AO TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. PRECEDENTES DO STJ. TEMA REPETITIVO 1.082. PERFIL DE DEMANDAS RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS COM TEA NO TJDF.



APRESENTAÇÃO

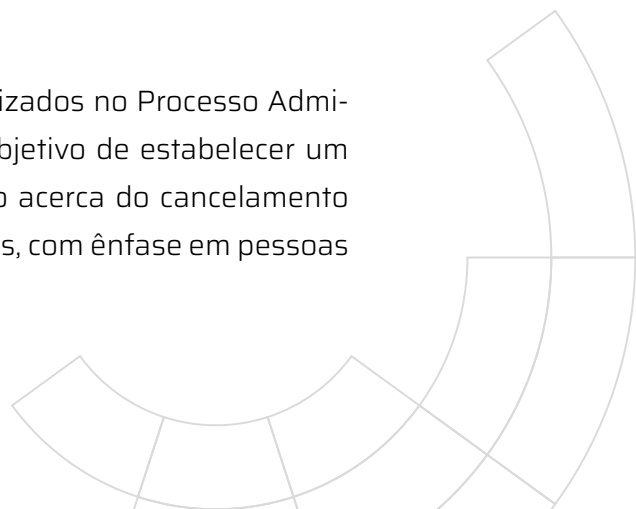
Compete ao Centro de Inteligência da Justiça do Distrito Federal - CIJDF, regulamentado pela **Portaria Conjunta 140 de 5 de dezembro de 2022**, propor estudos sobre demandas judiciais estratégicas, repetitivas e de massa e sobre temas que apresentem maior número de controvérsias, bem como emitir notas técnicas para encaminhamento aos magistrados.

Por se tratar de órgão administrativo, não pretende o Centro de Inteligência imiscuir-se em questões submetidas à apreciação judicial, mas, sim, apresentar macroestratégias de tratamento adequado de conflitos, de forma a elevar a eficiência do sistema de justiça. Assim, as diretrizes apontadas nesta nota técnica são de cunho informativo e têm natureza de recomendação.

Busca-se, de forma colaborativa, com a participação de diversos setores do tribunal, contribuir para uma prestação jurisdicional de excelência, com objetivos alinhados àqueles definidos pela Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas - ONU, notadamente os relacionados ao desenvolvimento de instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis e, no que toca particularmente a esta nota, ao alcance da cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro e o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade (ODS 3.8), e à promoção da inclusão social, econômica e política de todos, independentemente da idade, gênero, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra (ODS 10.2).

1. OBJETO DA NOTA TÉCNICA

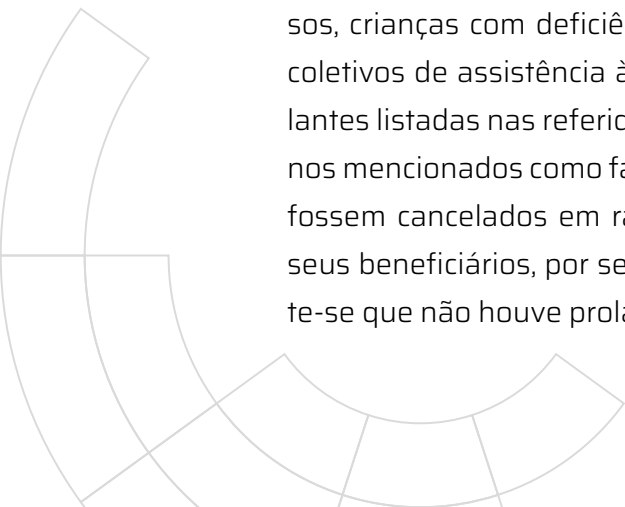
A presente nota técnica, baseada nos estudos realizados no Processo Administrativo SEI 16.244/2024, foi concebida com o objetivo de estabelecer um repositório normativo e jurisprudencial estruturado acerca do cancelamento unilateral dos contratos de planos de saúde privados, com ênfase em pessoas com Transtorno do Espectro Autista - TEA.



Em 2024, foram ajuizadas diversas ações coletivas e ações civis públicas com o intuito de coibir o cancelamento unilateral de planos de saúde coletivos por adesão com número considerável de beneficiários com TEA.

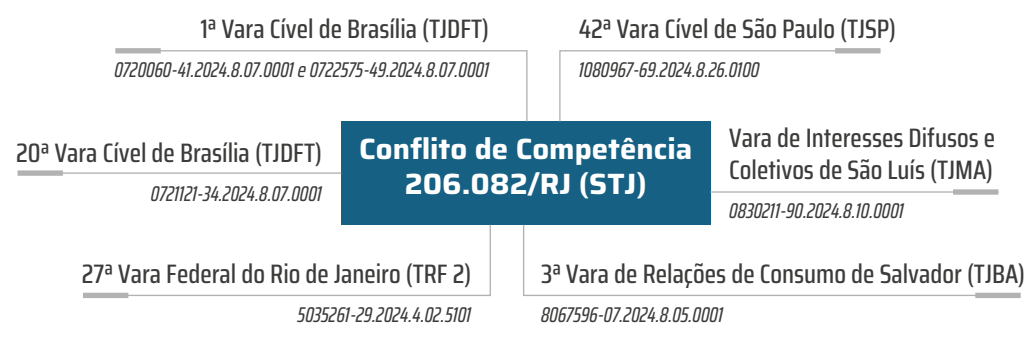
De início, cabe mencionar a Ação Civil Coletiva 0720060-41.2024.8.07.0001, ajuizada em 21 de maio de 2024 pelo Movimento Orgulho Autista Brasil - MOAB e pelo Instituto Pedro Araújo dos Santos em desfavor de Amil Assistência Médica Internacional S/A e Allcare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda., na qual foi proferida decisão liminar pelo Juízo da 1ª Vara Cível de Brasília para determinar que as rés se abstivessem de excluir pacientes com TEA dos planos de saúde, exceto em caso de inadimplemento, e que restabelecessem os contratos já rescindidos, nas mesmas condições anteriores, sob pena de multa diária de R\$ 50 mil em caso de descumprimento.

No mesmo período, também foram distribuídas as Ações Cíveis Públicas 0721121-34.2024.8.07.0001 e 0722575-49.2024.8.07.0001. A primeira, ajuizada por AMAR - Aliança de Mães e Famílias Raras, pela Associação de Famílias para o Bem-Estar e Tratamento da Pessoa com Autismo e pela Associação Mães e Anjos Azuis, tramita na 20ª Vara Cível de Brasília e tem como rés as operadoras Bradesco Saúde S/A, Notre Dame Intermédica Saúde S/A, Amil Assistência Médica Internacional S/A, Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda. e Hapvida Assistência Médica S/A. A segunda, distribuída na 1ª Vara Cível de Brasília, foi ajuizada pela Defensoria Pública do Distrito Federal contra Amil Assistência Médica Internacional S/A, Qualicorp Administradora de Benefícios S/A e Allcare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda. Ambas têm como objetivo impedir que operadoras de planos de saúde promovam a exclusão, a limitação ou a restrição de acesso de pessoas em situação de vulnerabilidade e protegidas por leis específicas - como idosos, crianças com deficiência e pacientes com doenças graves -, aos planos coletivos de assistência à saúde pactuados com as pessoas jurídicas estipulantes listadas nas referidas ações. Além disso, buscava-se reconhecer os planos mencionados como falsos coletivos e obstar que esses contratos coletivos fossem cancelados em razão da necessidade de tratamento continuado de seus beneficiários, por se tratar de prática ilegal de seleção de riscos. Ressalte-se que não houve prolação de decisão liminar nesses feitos..



Mais quatro ações civis públicas foram ajuizadas concomitantemente em outras unidades da federação, todas correlacionadas a rescisões alegadamente seletivas e abusivas de contratos de assistência à saúde por parte das operadoras em detrimento de determinados grupos de segurados, inicialmente restritos a pessoas com autismo e depois alargados para abranger pessoas idosas e com doenças raras.

CONFLITO DE COMPETÊNCIA 206.082/RJ (STJ)



Essa circunstância deu ensejo à instauração do Conflito de Competência 206.082/RJ no Superior Tribunal de Justiça - STJ, suscitado pela operadora de planos de saúde Amil Assistência Médica Internacional S/A, em face dos seguintes juízos: 27ª Vara Federal do Rio de Janeiro - SJ/RJ (processo 5035261-29.2024.4.02.5101), 1ª Vara Cível de Brasília - DF (processos 0720060-41.2024.8.07.0001 e 0722575-49.2024.8.07.0001), 20ª Vara Cível de Brasília - DF (processo 0721121-34.2024.8.07.0001), 3ª Vara de Relações de Consumo de Salvador - BA (processo 8067596-07.2024.8.05.0001), 42ª Vara Cível de São Paulo - SP (processo 1080967-69.2024.8.26.0100) e Vara de Interesses Difusos e Coletivos de São Luís - MA (processo 0830211-90.2024.8.10.0001). No referido conflito, questionou-se a multiplicidade de decisões judiciais proferidas sobre a matéria, bem como a suposta inobservância das teses lançadas no Tema Repetitivo 1.082 da Corte Cidadã.

Ao analisar o pedido da operadora, o STJ reconheceu que a fragmentação dessas ações poderia resultar em decisões conflitantes entre diferentes tribunais, comprometendo a segurança jurídica.

Para solucionar o impasse, o ministro relator Humberto Martins determinou a suspensão temporária das ações em curso, com exceção daquela em trâmite na 27ª Vara Federal da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, cuja competência para resolver as medidas urgentes foi reconhecida com base na aplicação do Enunciado 489 da Súmula do STJ, segundo o qual a Justiça Federal, em casos de continência, exerce *vis atractiva* sobre as ações civis públicas propostas na Justiça Estadual (CC n. 206.082, ministro Humberto Martins, DJe de 26/6/2024).

Atento a essa movimentação, o CIJDF encaminhou o Ofício 4/2024/COCIJDF à Secretaria Nacional do Consumidor - Senacon, visando à obtenção de informações a respeito das medidas que a secretaria vinha adotando sobre o referido tema, bem como do número de reclamações recebidas nos meses iniciais de 2024, em especial de beneficiários do Distrito Federal.

Além disso, solicitou o encaminhamento de cópia das explicações eventualmente prestadas pelas vinte maiores operadoras e associações notificadas pela Senacon, conforme notícia do dia 24 de maio de 2024 publicada no sítio eletrônico do Ministério da Justiça e Segurança Pública - MJSP (Brasil. MJSP, 2024a).

Por meio do Ofício 695/2024/GAB-SENAICON/SENAICON/MJ, a secretaria informou ter instaurado Procedimento de Monitoramento de Mercado e encaminhado notificações para as operadoras de planos do setor, associações e federações de saúde, solicitando esclarecimentos diante do aumento expressivo no número de reclamações sobre o tema nos sistemas ProConsumidor, Sindec Nacional e Consumidor.gov.br (Brasil. MJSP, 2024b), conforme tabela aqui reproduzida:

SISTEMA	ASSUNTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	TOTAL
PROCONSUMIDOR	Alteração/ rescisão de contrato sem solicitação/ aviso-prévio	53	29	49	45	55*	231
SINDEC NACIONAL	Rescisão/ substituição/alteração de contrato de saúde	18	21	0**	27	-	66
CONSUMIDOR.GOV.BR	Alteração/rescisão de contrato sem solicitação/ aviso-prévio	419	447	381	506	-	1.753

*Dados até 17/5/2024.

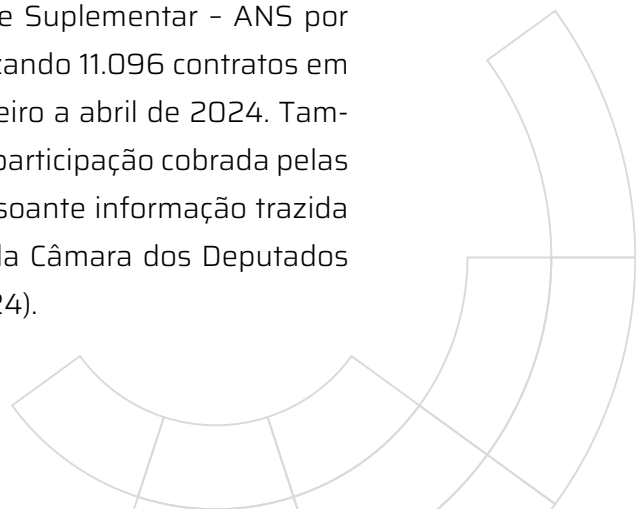
**Dados incompletos em decorrência de inconsistências técnicas.

O ofício veio acompanhado, ainda, da Nota Técnica 2/2024/CMM/CGEMM/DPDC/SENACON/MJ, com informações preliminares oferecidas pelas principais operadoras de planos privados de assistência à saúde, no sentido de que o contexto observado abrangia contratos coletivos e empresariais e não individuais, o que afastaria a ideia de atuação discriminatória ou direcionada a uma população específica. A nota ainda se reportou à resposta das operadoras, de que parte dos cancelamentos decorreu de inadimplência superior a sessenta dias, após prévia notificação; de tentativa infrutífera de renegociação do débito e de oferta de portabilidade de carências, nos termos da legislação de regência (Brasil. MJSP, 2024c).

As informações da Senacon, somadas ao ajuizamento de diversas ações civis públicas com o objetivo de obstar cancelamentos unilaterais de planos de saúde coletivos, apontaram para a possibilidade de existência de um comportamento ativo, por parte das operadoras de planos de saúde, a partir do primeiro semestre de 2024, com o propósito de restringir ou mitigar a cobertura de serviços privados de assistência à saúde a consumidores/usuários hipervulneráveis com demandas de tratamento contínuo.

O caráter sensível dessas questões não passou despercebido pelo Senado Federal, onde tramita, desde agosto de 2024, o **Projeto de Lei 3.229**, com o objetivo de alterar o art. 5º da Lei 12.764/2012, de modo a vedar, entre outras condutas, o cancelamento unilateral, pela operadora, de contratos de planos individuais e coletivos de saúde envolvendo beneficiários com TEA (Brasil. Senado Federal, 2024).

A justificação do projeto de lei fez menção a matérias jornalísticas publicadas naquele mesmo ano, que apontaram o crescimento na quantidade de reclamações registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS por cancelamento unilateral de planos de saúde, totalizando 11.096 contratos em 2022; 15.279 em 2023; e 5.888 no período de janeiro a abril de 2024. Também apontou aumento de até 600% no valor da coparticipação cobrada pelas sessões de tratamento de pacientes com TEA, consoante informação trazida em audiência realizada pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados em 18 de abril de 2024 (Brasil. Senado Federal, 2024).



Se, por um lado, o contexto observado no primeiro semestre de 2024 teve o potencial de sugerir eventual prática de seleção de riscos por parte das operadoras de planos de saúde, ainda que de forma indireta, por outro lado, a observância da sistemática de rescisão unilateral dos contratos de planos de saúde pelas pessoas jurídicas estipulantes ou pelas operadoras de planos de saúde, nos termos das normas da ANS, seria suficiente para afastar o caráter discriminatório dos cancelamentos imotivados.

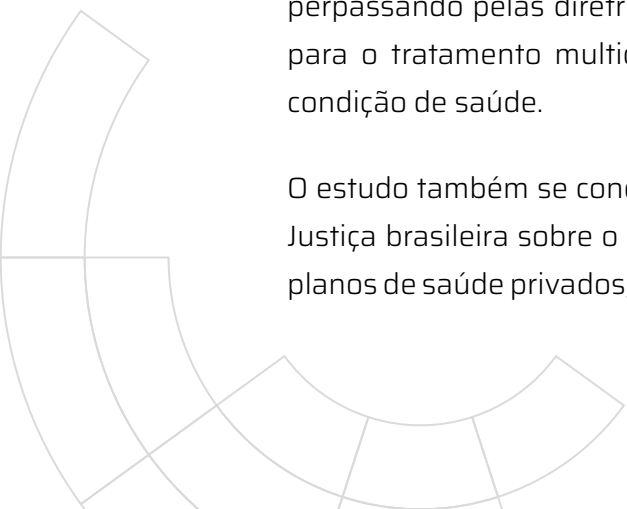
Com o intuito de trazer informações para subsidiar a análise da juridicidade ou injuridicidade dessas condutas, o CIJDF buscou formalizar uma nota para servir de suporte técnico-jurídico para a interpretação institucional e jurisdicional das normas que regem a temática, em face de seu caráter estratégico e de seu potencial de repetitividade.

Nesse repositório, foram reunidas as principais fontes normativas – desde normas de guarida internacional, incorporadas ao sistema de regras brasileiro com estatura constitucional, passando pela Constituição Federal, pelas leis ordinárias e pelos instrumentos regulatórios da ANS.

Nessa esteira, ao abordar o direito à saúde de modo segmentado, sob a perspectiva da saúde suplementar, o estudo traça as regras gerais dos planos privados de assistência à saúde, distingue as modalidades de contratação, expõe as normas aplicáveis às hipóteses de rescisão contratual, exclusão de beneficiários, carência e portabilidade, doenças e lesões preexistentes e ressalta a vedação à seleção de riscos por parte das operadoras de planos de saúde.

Da mesma forma, traz o arcabouço histórico-normativo de políticas públicas voltadas à pessoa com deficiência, e mais especificamente, à pessoa com TEA, perpassando pelas diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde e pela ANS para o tratamento multidisciplinar demandado por beneficiários com essa condição de saúde.

O estudo também se concentra na análise dos precedentes mais recentes da Justiça brasileira sobre o tratamento do TEA e o cancelamento unilateral dos planos de saúde privados, especialmente o Tema Repetitivo 1.082 do STJ, além



de listar enunciados do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde - Fonajus relativos à gestão processual de pedidos de tratamento, de modo a subsidiar magistrados, gestores e demais atores do sistema de justiça na análise fundamentada dessas demandas.

A nota apresenta, ainda, pesquisa qualitativo-quantitativa sobre o perfil das demandas individuais relacionadas à assistência à saúde de pessoas com TEA no âmbito do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios - TJDF.

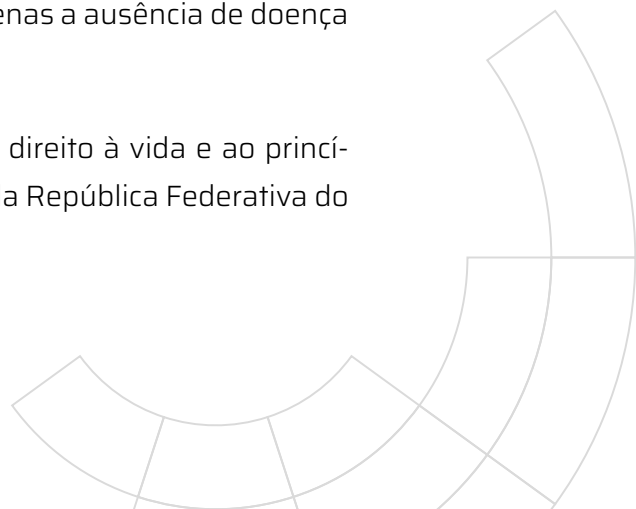
Cabe destacar que o retrato empírico dessa judicialização exige que se trace uma abordagem coerente e sistemática, evitando decisões pautadas pela emotividade. Nesse sentido vem se posicionando a jurisprudência, como revela, de forma ilustrativa, a preocupação manifestada pelo ministro Luís Felipe Salomão do STJ no julgamento do Recurso Especial 1.848.372/SP, ao enfatizar a necessidade de que as decisões preservem o equilíbrio econômico do setor e estejam escudadas em “uma interpretação justa e equilibrada da legislação pertinente à matéria, sopesando os interesses envolvidos sem sentimentalismos e ideias preconcebidas” (REsp 1.848.372/SP, relator: ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 2/2/2021, DJe de 11/3/2021).

2. DIREITO À SAÚDE E SAÚDE SUPLEMENTAR

A saúde é direito fundamental reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral da ONU em 1948, e pelos arts. 6º, *caput*, 196 e seguintes da Constituição Federal de 1988.

A Organização Mundial da Saúde - OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946).

A tutela desse bem jurídico confere concretude ao direito à vida e ao princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, inciso III, da CF).



O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, promulgado no Brasil pelo [Decreto 591/1992](#), estabelece, em seu art. 12, a obrigação dos Estados de adotar medidas para garantir a todos o acesso à saúde.

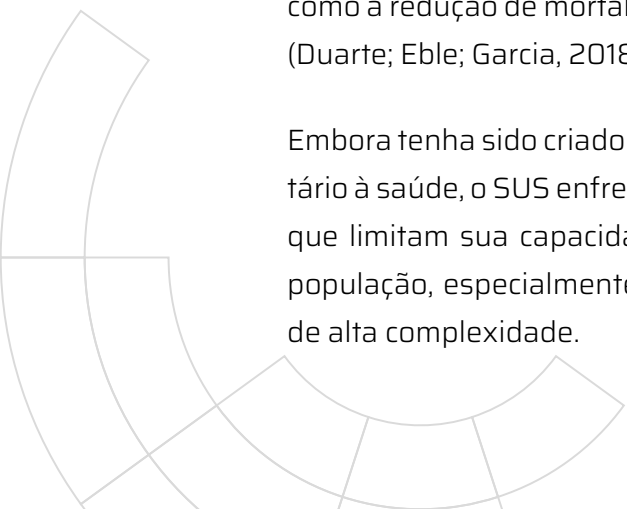
Na década de 1970, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira - MRSB já postulava, entre outras reivindicações, a democratização da saúde e a melhoria das condições de vida da população (Souto; Oliveira, 2016, p. 204-208). As discussões políticas desse período convergiam para a estruturação de um sistema de saúde que atendesse a população de forma universal, integral e gratuita (Sousa, 2014, p. 11-16).

A partir de 1988, a Constituição Federal passou a estabelecer que o Estado deve atuar de forma positiva, por meio de políticas sociais e econômicas, para garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, prestados de forma direta ou por meio de terceiros, de modo a reduzir o risco de doença e de outros agravos, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (arts. 196 e 197).

Nos termos dos arts 198 e 200 da CF, a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, regulamentada pelas [Leis 8.080/1990](#) e [8.142/1990](#), assumiu caráter descentralizado, com distribuição de responsabilidades entre as esferas federal, estadual e municipal e participação social na formulação e fiscalização de políticas de saúde.

Considerado o maior programa de saúde pública do mundo, o SUS atua no fornecimento de vacinas, no controle de epidemias, no atendimento de urgência e emergência, no suporte em saúde mental e na distribuição de medicamentos, além de ser responsável por grandes avanços na saúde pública brasileira, como a redução de mortalidade infantil e o controle de doenças transmissíveis (Duarte; Eble; Garcia, 2018).

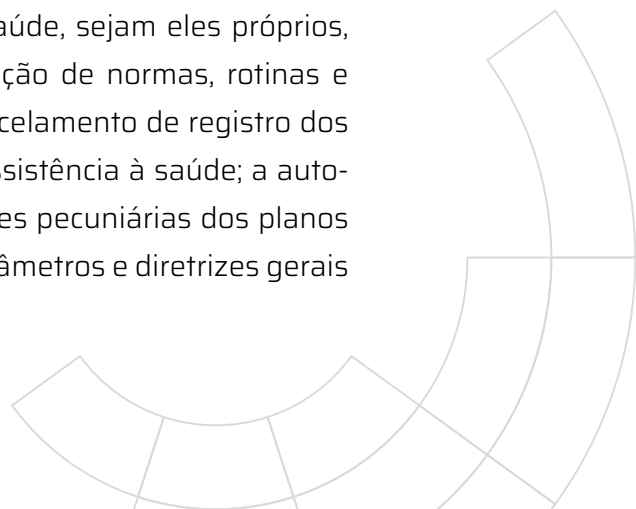
Embora tenha sido criado com a missão de garantir o acesso universal e igualitário à saúde, o SUS enfrenta desafios estruturais, orçamentários e financeiros que limitam sua capacidade de atender a todas as demandas de saúde da população, especialmente em áreas mais carentes ou em relação a serviços de alta complexidade.



Nesse contexto, em busca de maior eficiência, menor tempo de espera e garantia de acesso a tratamentos especializados que nem sempre estão disponíveis no sistema público, recorre-se à iniciativa privada para obtenção de assistência à saúde (arts. 197 e 199 da CF).

As atividades das instituições privadas que atuam no segmento da saúde são objeto de regulação, normatização, controle e fiscalização pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Vinculada ao Ministério da Saúde, essa autarquia foi criada sob regime especial pela [Lei 9.961/2000](#) com o objetivo de assegurar o equilíbrio das relações entre as operadoras de planos de saúde e os consumidores/usuários, bem como garantir a qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar.

Dirigida por uma Diretoria Colegiada, a ANS detém um extenso rol de competências, listadas no art. 4º da Lei 9.961/2000, sendo oportuno destacar, entre elas, a proposição de políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar; o estabelecimento das características gerais dos contratos utilizados na atividade das operadoras; a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui referência básica para os fins do disposto na Lei 9.656/1998; a fixação de critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras; o estabelecimento de parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras; a elaboração de normas para ressarcimento ao SUS; a deliberação sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões; a normatização dos conceitos de doença e lesão preexistentes; a definição de critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados; a fixação de normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde; a autorização de reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais



fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde; e a fiscalização das atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e do cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento.

Em seu sítio eletrônico, a ANS divulga informações de interesse público para os consumidores/usuários, contratantes de planos de saúde coletivos, operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços; expõe a legislação e as políticas públicas aplicáveis à saúde suplementar; noticia dados e números do setor e oferece ampla carta de serviços a cidadãos e empresas.

Sua atividade regulatória concretiza-se por meio da edição de instruções normativas, portarias e resoluções que regulamentam diversos aspectos das leis ordinárias em vigor sobre a saúde suplementar, o que se mostra indispensável para garantir que o setor funcione de forma transparente, equilibrada e eficiente.

3. REGRAS GERAIS DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIVADOS

No ordenamento jurídico brasileiro, os **contratos de plano de saúde** são regidos pela Lei 9.656/1998. Ao referido diploma submetem-se as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos e seguros de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor).

O **Plano Privado de Assistência à Saúde** é definido no art. 1º, inc. I:

Art. 1º [...]:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: 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.



Por meio dessa pactuação, a operadora, pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, assegura a cobertura de despesas relacionadas à saúde do beneficiário, decorrentes da prestação de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos em rede própria ou conveniada, mediante pagamento direto ao prestador dos serviços ou por meio de reembolso das despesas efetuadas. Em contrapartida, o beneficiário compromete-se ao pagamento de uma contraprestação, conforme termos e condições estabelecidos (Sampaio, 2010, p. 187).

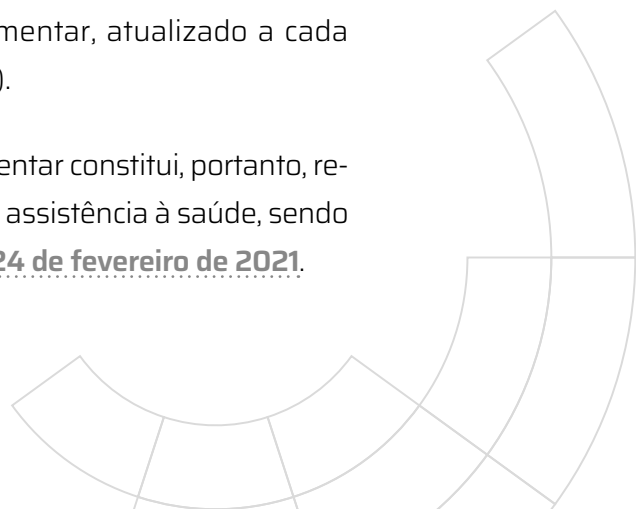
O *caput* do art. 10 da Lei 9.656/1998 institui o plano-referência de assistência à saúde, com as seguintes previsões de cobertura:

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 [...].

O plano-referência de assistência à saúde exclui, entre outras hipóteses, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, ilícitos ou antiéticos, bem como aqueles com finalidade meramente estética, além do fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.

A amplitude das coberturas do plano-referência de assistência à saúde, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, é definida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, atualizado a cada nova incorporação pela ANS (art. 10, §§ 4º e 7º a 12).

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar constitui, portanto, referência básica de cobertura pelos planos privados de assistência à saúde, sendo atualmente objeto da **Resolução Normativa 465, de 24 de fevereiro de 2021**.



A discussão sobre a natureza do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar ganhou amplitude nos tribunais superiores, tendo a Segunda Seção do STJ concluído que referido rol seria, em regra, taxativo. Por ocasião do julgamento dos Embargos de Divergência nos Recursos Especiais 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, em junho de 2022, foram definidas, por maioria de votos, as seguintes teses:

1 - o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo;

2 - a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol;

3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extrarol;

4 - não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferida expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e NatJus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com *expertise* técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS (EREsp 1.889.704/SP, relator: ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022; EREsp 1.886.929/SP, relator: ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022).

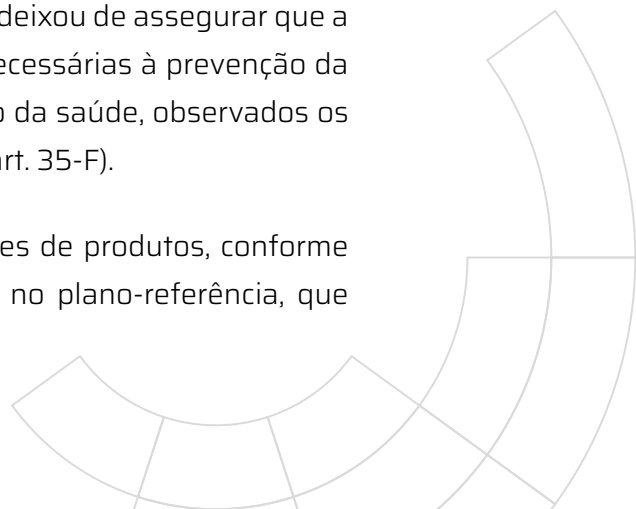
O resultado do julgamento foi considerado uma vitória para as operadoras de planos de saúde e ocasionou reação legislativa imediata, sendo protocolado na Câmara dos Deputados, no dia seguinte, o Projeto de Lei 2.033/2022, sancionado em setembro daquele ano como [Lei 14.454/2022](#).

Esse diploma promoveu alterações na Lei 9.656/1998, de modo a corroborar a natureza básica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, conforme § 13 de seu art. 10, o qual veio a estabelecer que, em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente não previsto no referido rol, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora desde que exista comprovação de eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou existam recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - Conitec, ou de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, quando aprovadas essas tecnologias para seus nacionais.

Diante da solução dada à controvérsia da taxatividade do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, por meio da edição da Lei 14.454/2022, o Plenário do Supremo Tribunal Federal - STF decidiu, em novembro de 2022, julgar prejudicadas a Ação Direta de Inconstitucionalidade 7.193/DF e as Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental 986/DF e 990/DF, sendo reconhecida a exigibilidade de tratamentos não previstos no rol, desde que sua eficácia seja comprovada cientificamente ou haja recomendações à sua prescrição pela Conitec ou por órgãos de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional (ADI 7.088/DF, relator: ministro Roberto Barroso, Tribunal Pleno, julgado em 10/11/2022, DJe de 9/1/2023).

A despeito de atrelar a amplitude das coberturas à edição de um rol de referência básico de procedimentos, a Lei 9.656/1998 não deixou de assegurar que a assistência à saúde compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos da lei e o contrato firmado entre as partes (art. 35-F).

Previu, por outro lado, em seu art. 12, segmentações de produtos, conforme as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência, que

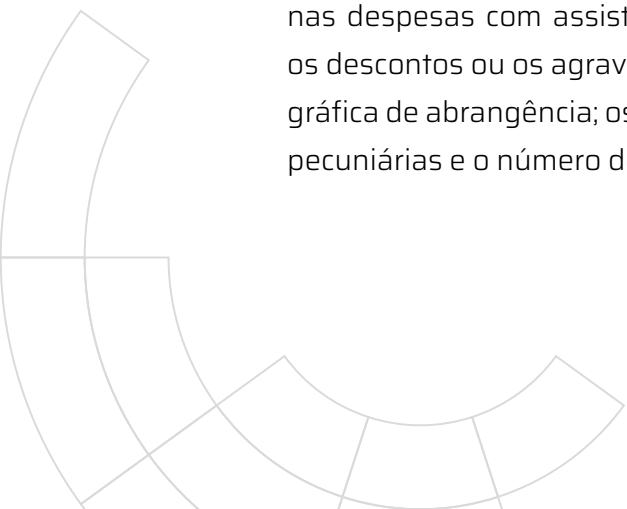


podem incluir, isolada ou cumulativamente, atendimento ambulatorial, internação hospitalar, atendimento obstétrico e atendimento odontológico, com períodos de carência fixados em até trezentos dias para partos a termo, 180 dias para os demais casos e 24 horas para cobertura de casos de urgência e emergência, além da previsão de reembolso.

A Lei 9.656/1998 também assentou, em seu art. 13, que os contratos de plano de saúde têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, sem possibilidade de cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

O parágrafo único do mesmo dispositivo também previu vigência mínima de um ano para os produtos contratados individualmente e vedou a recontagem de carências, a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato – salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja notificado previamente –, além de proibir a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

Já em seu art. 16, a Lei 9.656/1998 pontificou que os contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos de saúde devem informar com clareza as condições de admissão do beneficiário; a data de início da vigência; os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames; as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas; as condições de perda da qualidade de beneficiário; os eventos cobertos e excluídos; o regime, ou tipo de contratação; a franquia, os limites financeiros ou o percentual de coparticipação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária; a área geográfica de abrangência; os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias e o número de registro na ANS.



3.1 MODALIDADES DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Os planos de saúde podem ser contratados sob diferentes modalidades, com base nas características do contrato e no perfil do beneficiário.

O art. 16, inciso VII, da Lei 9.656/1998 define três regimes de contratação: o individual ou familiar, o coletivo empresarial e o coletivo por adesão. Esses regimes são regulamentados pela Resolução Normativa ANS 557, de 14 de dezembro de 2022, que dispõe sobre a classificação e as características dos planos privados de assistência à saúde.

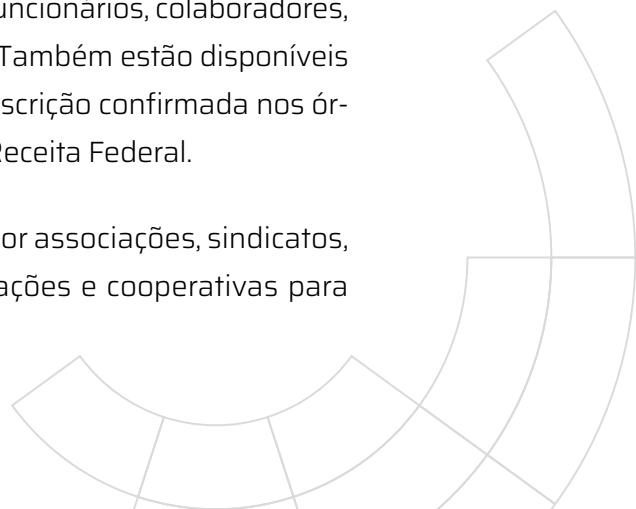
O **plano individual ou familiar** é modalidade de contratação em que pessoa natural (titular), com ou sem grupo familiar (dependentes), contrata diretamente a operadora de plano de saúde, mediante livre adesão às condições contratuais estabelecidas.

O **plano de saúde coletivo**, por sua vez, é contratado por uma pessoa jurídica (estipulante) em benefício de um grupo de pessoas que com ela mantenham vínculo, sendo extensível a seus dependentes, esses compreendidos como o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro.

O plano coletivo viabiliza a diluição dos custos, o que pode resultar, em última análise, em preços mais acessíveis para os beneficiários, e subdivide-se em duas categorias: o **coletivo empresarial** e o **coletivo por adesão**.

Os **planos coletivos empresariais** são contratados por empresas ou instituições como forma de oferecer assistência à saúde a seus funcionários, colaboradores, sócios, administradores e respectivos dependentes. Também estão disponíveis para contratação por empresários individuais com inscrição confirmada nos órgãos competentes e regularidade cadastral junto à Receita Federal.

Já os **planos coletivos por adesão** são contratados por associações, sindicatos, conselhos profissionais, entidades de classe, fundações e cooperativas para



oferecer cobertura de saúde a seus associados, filiados, membros e respectivos dependentes.

3.2 CONDIÇÕES PARA A RESCISÃO UNILATERAL DOS CONTRATOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

As regras para a rescisão ou o cancelamento dos planos de saúde variam conforme a modalidade de contratação e suas condições devem estar expressamente previstas no instrumento contratual.

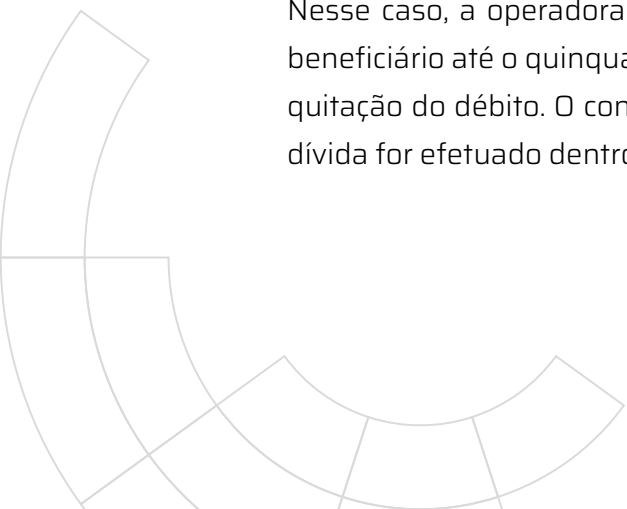
Nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei 9.656/1998, a rescisão de plano de saúde individual ou familiar pode ser realizada pela operadora somente em casos de fraude ou inadimplência.

Caso a operadora comprove que houve fraude ou uso indevido do plano de saúde, decorrente da falsificação de documentos ou da inclusão indevida de dependentes, o contrato pode ser integralmente rescindido ou determinado beneficiário pode ser excluído do instrumento.

Destaca-se que a operadora de plano de saúde precisa comunicar previamente o beneficiário sobre a suspeita de fraude para que esse possa exercer seu direito de defesa.

Na hipótese de o beneficiário deixar de pagar as mensalidades do plano de saúde por mais de sessenta dias, consecutivos ou não, dentro de um período de doze meses, a operadora pode cancelar o contrato, desde que tenha notificado o beneficiário previamente sobre a inadimplência.

Nesse caso, a operadora deve cumprir com as exigências de notificação do beneficiário até o quinquagésimo dia de inadimplência, de modo a viabilizar a quitação do débito. O contrato não poderá ser encerrado se o pagamento da dívida for efetuado dentro do prazo estipulado na notificação.



É de se notar que, ao exigir notificação prévia do beneficiário, a legislação acaba por proteger o consumidor/usuário de cancelamentos súbitos e arbitrários, o que garante maior estabilidade e segurança para os contratantes.

O regramento da rescisão de contratos de plano de saúde coletivos era detalhado pelo art. 17 da **Resolução Normativa 195, de 14 de julho de 2009**, que estabelecia:

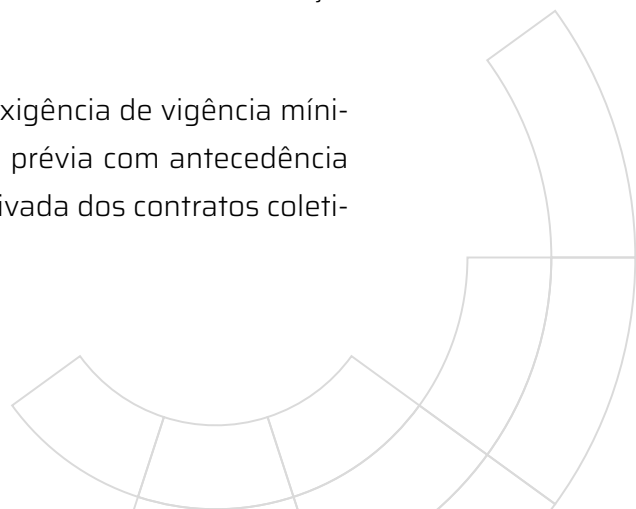
Art. 17 As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

Em fevereiro de 2014, o parágrafo único do art. 17 da Resolução Normativa 195/2009 foi declarado nulo em sentença proferida nos autos da Ação Civil Pública 0136265-83.2013.4.02.51.01, que tramitou perante a 18ª Vara Federal do Rio de Janeiro. A sentença foi integralmente mantida pelo Tribunal Regional Federal da 2ª Região - TRF2, ocasionando a edição pela ANS da **Resolução Normativa 455, de 30 de março de 2020**, cujo art. 1º dispunha:

Art. 1º Em cumprimento ao que determina a decisão judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, fica anulado o disposto no parágrafo único do art. 17, da Resolução Normativa 195, de 14 de julho de 2009.

Em consequência, deixaram de ser obrigatórias a exigência de vigência mínima de doze meses e a necessidade de notificação prévia com antecedência mínima de sessenta dias para fins de rescisão imotivada dos contratos coletivos pelas operadoras de planos de saúde.



Ao revogar as Resoluções Normativas 195/2009 e 455/2020, a Resolução Normativa ANS 557/2022 reforçou a necessidade de que as condições de rescisão ou suspensão contratual sejam claramente especificadas nas cláusulas do instrumento. Nesse sentido, a redação de seu art. 23:

Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Cabe ressaltar que, independentemente das alterações normativas promovidas pela ANS, os contratos coletivos devem respeitar as diretrizes gerais do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor. Assim, permanece a necessidade de notificação prévia dos beneficiários diretamente pelas operadoras de planos de saúde (e não pela pessoa jurídica estipulante) nas hipóteses de rescisão contratual, de modo a evitar-se a descontinuidade abrupta do serviço.

Salutar consignar, ainda que, para rescisão do contrato de plano de saúde coletivo firmado com empresário individual, a Resolução Normativa ANS 557/2022 exige a notificação prévia com sessenta dias de antecedência no caso de ilegitimidade do contratante no aniversário do contrato, se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do registro do empresário individual nos órgãos competentes (art. 10, § 1º). Também exige comunicação prévia para fins de rescisão do contrato em razão de inadimplência, além de dispor que, à exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário quando apresentadas para o contratante as razões da rescisão em comunicação prévia, com antecedência mínima de sessenta dias (art. 14 e parágrafo único).

Cumprido destacar, por fim, que o STJ tem entendimento reiterado no sentido de que os planos de saúde coletivos com poucos beneficiários, apelidados de “falsos coletivos”, submetem-se a regras análogas aos dos planos individuais, exigindo-se motivação idônea para fins de rescisão (EREsp 1.692.594/SP, relator: ministro Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, julgado 12/2/2020, DJe 19/2/2020).

De qualquer sorte, a questão foi afetada pela Segunda Seção ao Tema Repetitivo 1.047, ainda pendente de julgamento, no qual se discute a “validade de cláusula contratual que admite a rescisão unilateral, independente de motivação idônea, do plano de saúde coletivo empresarial com menos de 30 (trinta) beneficiários” (ProAfR no REsp 1.841.692/SP, relator: ministro Raul Araújo, Segunda Seção, julgado em 17/3/2020, DJe de 26/3/2020; ProAfR no REsp 1.856.311/SP, relator: ministro Raul Araújo, Segunda Seção, julgado em 17/3/2020, DJe de 26/3/2020).

3.3 EXCLUSÃO PONTUAL DE BENEFICIÁRIOS

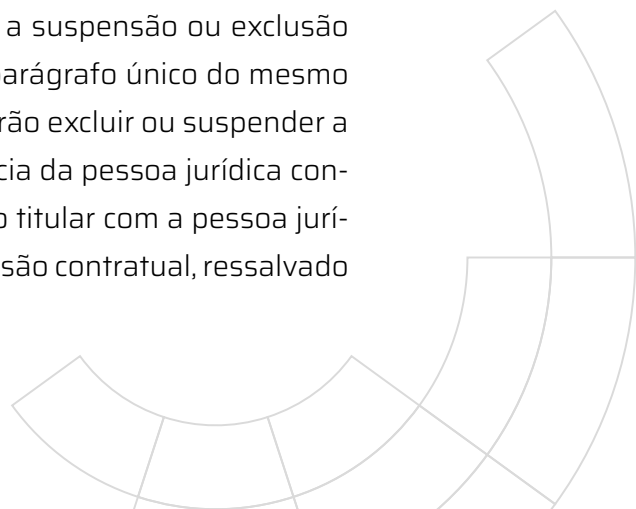
A exclusão pontual de beneficiários não se confunde com a rescisão do contrato de plano de saúde, consistindo apenas em sua modificação parcial.

No plano de saúde individual ou familiar, o titular do contrato pode solicitar a exclusão de dependentes. Registra-se que, nesse caso, o beneficiário excluído pode ter que cumprir novos períodos de carência ao contratar outro plano, se não optar pela portabilidade.

A exclusão de beneficiários de planos familiares por iniciativa da operadora de plano de saúde, por sua vez, ocorre em situações muito específicas, geralmente relacionadas ao descumprimento contratual, como nos casos de fraude.

Nos planos de saúde coletivos, por outro lado, a exclusão de beneficiários atrela-se, em regra, à ruptura do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante (estipulante).

A Resolução Normativa ANS 557/2022 esclarece, em seu art. 24, que caberá à pessoa jurídica contratante (estipulante) solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos de saúde coletivos. O parágrafo único do mesmo dispositivo prevê que as operadoras somente poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários sem a anuência da pessoa jurídica contratante quando houver fraude; perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou da dependência, conforme previsão contratual, ressalvado



o disposto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/1998; solicitação do próprio beneficiário; ou inadimplência do beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora.

Enquanto as disposições pertinentes à exclusão de beneficiários realizada pela pessoa jurídica estipulante ou pela operadora de plano de saúde constam da Resolução Normativa ANS 557/2022, as solicitações de cancelamento do plano individual ou familiar e de exclusão de contratos coletivos feitas diretamente pelos beneficiários são regulamentadas pela [Resolução Normativa ANS 561, de 15 de dezembro de 2022](#).

Conforme observado, o beneficiário de plano de saúde coletivo empresarial pode solicitar sua exclusão do contrato por ocasião do desligamento da empresa, se não optar pela adesão ao benefício de continuidade previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/1998, aplicáveis às hipóteses de demissão sem justa causa ou aposentadoria, respectivamente, ou por simples desinteresse em continuar a participar do plano, em razão de seus custos diretos.

Nos planos de saúde coletivos por adesão, a título de exemplo, o beneficiário pode solicitar sua exclusão por desinteresse no produto ou adesão a outro plano de saúde, bem como em razão de alterações financeiras supervenientes.

3.4 CARÊNCIA E PORTABILIDADE

Além dos princípios gerais aplicáveis aos contratos, outras normas e princípios do Código Civil assumem papel relevante na resolução dos diversos conflitos que emergem das relações estabelecidas entre consumidores/usuários e operadoras de planos de saúde. Entre esses princípios, toma relevo o mutualismo, que constitui a base de toda relação securitária (Mathias, 2012, p. 108).

O **mutualismo** pode ser conceituado como um sistema em que todos os integrantes da carteira de clientes contribuem financeiramente para a formação de um fundo comum, que possibilita a subsistência do sistema quando alguns usuários utilizam mais os serviços prestados pela operadora do que outros, com a consequente diluição do risco (Rezende, 2011, p. 73-74).

É nesse contexto de solidariedade contratual que se insere a figura da **carência**, instituto cuja finalidade é a de preservar a lógica de aleatoriedade e o equilíbrio atuarial dos contratos de planos de saúde, assegurando a própria viabilidade econômico-financeira do setor.

A Resolução Normativa 438, de 3 de dezembro de 2018 define carência no inciso II de seu art. 2º:

Art. 2º [...]:

II - carência: é o período ininterrupto, contado a partir do vínculo do beneficiário ao contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual as mensalidades são pagas, mas o beneficiário não tem acesso a determinadas coberturas previstas na segmentação assistencial do plano, conforme disposto no inciso V do artigo 12 da Lei 9.656, de 1998;

As cláusulas de carências são, portanto, condicionantes que operam uma limitação na eficácia do contrato no tocante a determinadas doenças ou espécie de tratamentos, de modo que a responsabilidade da operadora de saúde somente tenha início a partir do transcurso de certo lapso temporal (Pfeiffer, 1999, p. 93).

Ao lado dessas considerações, repisa-se que **os prazos máximos de carência** incidentes sobre os contratos de assistência à saúde estão previstos no art. 12, inciso V, da Lei 9.656/1998:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

[...]

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de **trezentos dias** para partos a termo;



- b) prazo máximo de **cento e oitenta dias** para os demais casos;
- c) prazo máximo de **vinte e quatro horas** para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

Destaca-se que o art. 35-C do mesmo diploma faz distinção importante entre os conceitos de “urgência” e “emergência” ao estabelecer as hipóteses em que a cobertura do atendimento é obrigatória, independente do cumprimento de carência.

O atendimento de emergência é aquele que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Por sua vez, o atendimento de urgência é aquele resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Confira-se:

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

- I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
- III - de planejamento familiar.

Esse mesmo entendimento foi consolidado **no Enunciado 597 da Súmula do STJ**, nos seguintes termos:

Súmula 597 - A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas, contado da data da contratação (Segunda Seção, julgado em 8/11/2017, DJe 20/11/2017).

Para uma adequada compreensão do instituto da carência no âmbito dos planos privados de assistência à saúde é imprescindível distinguir os regimes jurídicos aplicáveis a cada **modalidade contratual** adotada.

Nos **planos de saúde individuais ou familiares** aplicam-se, como regra geral, os prazos de carência previstos no art. 12 da Lei 9.656/1998.

Os **planos de saúde coletivos**, por seu turno, apresentam especificidades regulamentares que merecem atenção.

Em relação ao **plano de saúde coletivo empresarial**, a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência dependerá, precipuamente, do número de beneficiários vinculados ao contrato. Assim, no caso de plano de saúde empresarial, o *caput* do art. 6º da Resolução Normativa ANS 557/2022 dispõe:

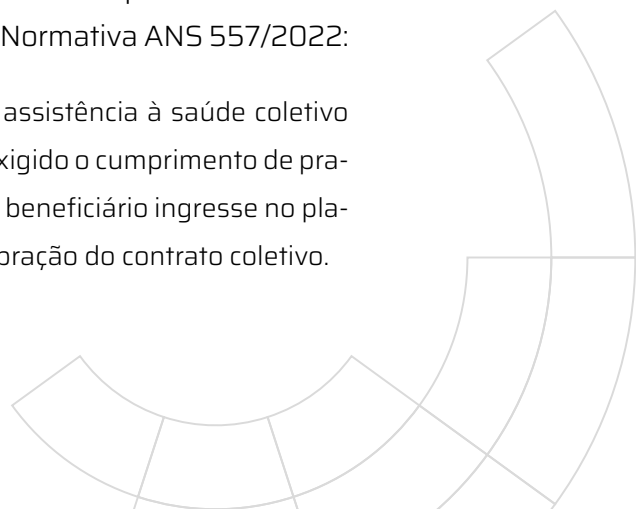
Art. 6º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 29 desta resolução será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

Por outro lado, nos contratos coletivos empresariais com menos de trinta beneficiários, é legítima a exigência de carência, nos termos da legislação aplicável, observados os limites máximos estabelecidos pela Lei 9.656/1998.

No tocante ao **plano de saúde coletivo por adesão**, poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, a depender do momento em que o beneficiário ingressa no contrato, consoante art. 17 da Resolução Normativa ANS 557/2022:

Art. 17. No plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo.



§ 1º A cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

I - o beneficiário tenha se vinculado, na forma do artigo 15 desta resolução, após o transcurso do prazo definido no *caput*; e

II - a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

§ 2º Após o transcurso dos prazos definidos no *caput* e no inciso II do § 1º deste artigo, poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carências, nos termos da regulamentação específica, limitados aos prazos previstos em Lei.

§ 3º Quando a contratação ocorrer na forma prevista no inciso III do artigo 29 desta resolução, considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela administradora de benefícios.

Portanto, se o beneficiário aderir ao plano dentro do prazo de trinta dias da contratação do plano ou da data de aniversário do contrato, não haverá carência. No entanto, se o beneficiário aderir ao plano sem a observância desses prazos, a operadora poderá exigir o cumprimento de carência nos termos do inciso V do art. 12 da Lei 9.656/1998.

CONTRATO INDIVIDUAL

Observa a regra geral do art. 12, inciso V, da Lei n. 9.656/98

EMPRESARIAL

■ *Mais de 30 beneficiários: não é permitida a exigência de cumprimento de carência.*

■ *Menos de 30 beneficiários: é permitida a exigência de cumprimento de carência, nos prazos da Lei 9.656/98.*

CONTRATO COLETIVO

ADESÃO

Poderá ser exigida o cumprimento de prazos de carência, a depender do momento em que o beneficiário ingressa no contrato.

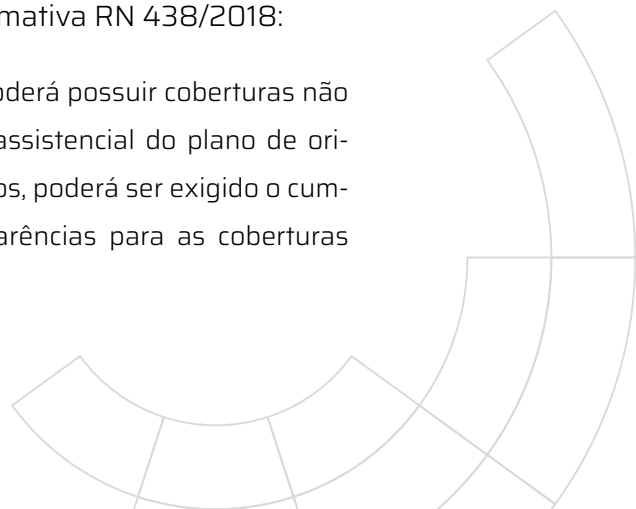
Esclarece-se, por oportuno, que o inciso III do art. 29 da resolução trata da contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo com a participação de administradora de benefícios na condição de coestipulante do contrato firmado com a operadora.

A Resolução Normativa RN 438/2018 admite que o beneficiário de plano de saúde opte pela portabilidade de carências, mecanismo que permite a migração para outro plano - individual, familiar ou coletivo - sem necessidade de cumprimento de novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária, desde que atendidos simultaneamente os requisitos previstos em seu art. 3º, quais sejam: o vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo; o beneficiário deve estar adimplente junto à operadora e deve ter cumprido o prazo mínimo de permanência no plano de origem; a contratação do plano de origem deve ser posterior a 1º de janeiro de 1999 ou ter sido adaptada à Lei 9.656/1998; deve haver correspondência de faixa de preço entre o plano de origem e o plano de destino, conforme parâmetros estabelecidos no módulo de Portabilidade de Carências do Guia ANS de Planos de Saúde; e, no caso de planos coletivos, deve-se comprovar o vínculo do beneficiário com a pessoa jurídica contratante ou, alternativamente, com o empresário individual, nos termos da regulamentação vigente.

É importante destacar que a portabilidade deve ser exercida de forma individual por cada beneficiário. Desse modo, nos planos familiares, se apenas alguns membros do grupo exercerem esse direito, os demais manterão suas condições contratuais inalteradas (art. 4º).

Cumprir registrar que, nos casos em que o plano de destino abranja coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, é admitida a exigência de carência exclusivamente para essas novas coberturas, respeitados os limites previstos no art. 7º da Resolução Normativa RN 438/2018:

Art. 7º O plano de destino poderá possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, sendo que, nesses casos, poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carências para as coberturas



não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, fixando-se os seguintes períodos de carências:

I - prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo;

II - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura odontológica;

III - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura ambulatorial;

IV - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura hospitalar;

V - prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência.

Destaca-se que o art. 8º da Resolução Normativa RN 438/2018 prevê a possibilidade de exercício da portabilidade de carências também em decorrência da extinção do vínculo do beneficiário com a operadora. Nessa hipótese, a portabilidade deverá ser requerida no prazo de sessenta dias a contar da data da ciência da extinção do vínculo, de modo a garantir-se a continuidade da assistência à saúde.

Conforme o art. 21 do mesmo diploma, por ocasião do exercício do direito à portabilidade de carências, não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde - DS e não caberá alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP, salvo se o plano de destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem.

Por fim, é necessário destacar que nas hipóteses de cancelamento de planos coletivos empresariais ou por adesão, as operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que também ofertem plano na modalidade individual ou familiar deverão disponibilizá-lo ao universo de beneficiários do plano coletivo rescindido, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. É o que se extrai dos arts. 1º a 3º da **Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU 19, de 25 de março de 1999:**

Art. 1º As operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos em-

presariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

§ 1º - Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

§ 2º - Incluem-se no universo de usuários de que trata o *caput* todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

Art. 2º Os beneficiários dos planos ou seguros coletivos cancelados deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da operadora no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento.

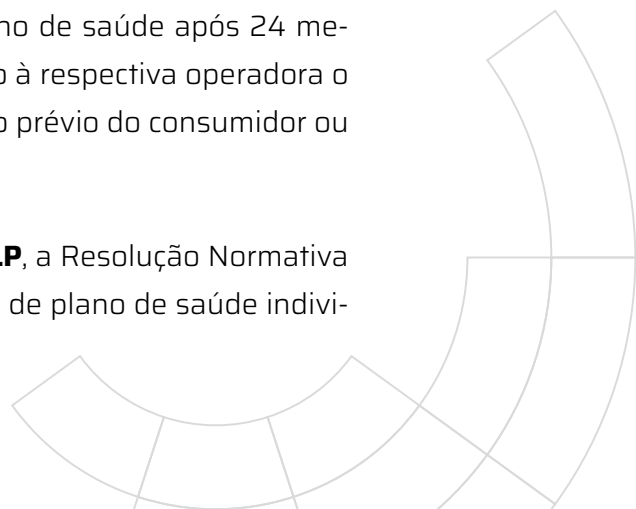
Parágrafo único - O empregador deve informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o *caput*.

Art. 3º Aplicam-se as disposições desta Resolução **somente** às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar.

3.5 DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES E VEDAÇÃO À SELEÇÃO DE RISCOS

A Lei 9.656/1998 veda, em seu art. 11, a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano de saúde após 24 meses de vigência do instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração de conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Em caso de **Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP**, a Resolução Normativa ANS 557/2022 prevê em seu art. 4º que o contrato de plano de saúde indivi-



dual ou familiar poderá conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, bem como a exigência de cumprimento de prazos de carência, nos termos da Lei 9.656/1998.

Nos termos do art. 7º da regulamentação vigente, nos planos coletivos empresariais com trinta participantes ou mais, não é permitida a imposição de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária para as DLP, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Os contratos coletivos por adesão, por seu turno, poderão conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária na hipótese de DLP, nos termos de resolução específica em vigor.

**CONTRATO INDIVIDUAL
OU FAMILIAR (ART. 4º)**

Poderá conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes.

**CONTRATO COLETIVO
EMPRESARIAL (ART. 7º)**

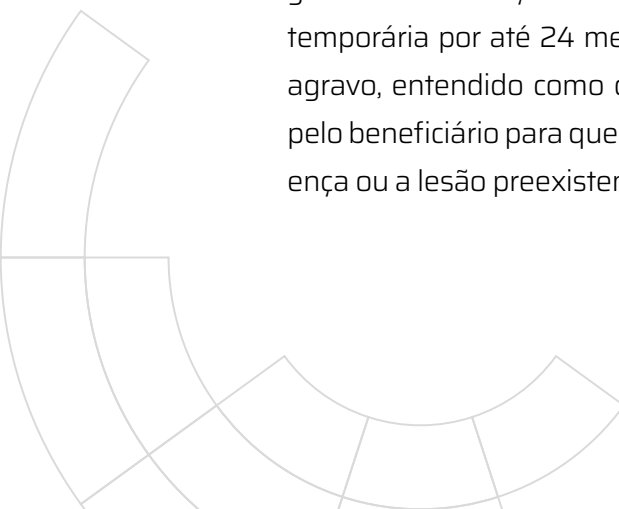
Com 30 participantes ou mais: não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária nos casos de doença e lesões preexistentes.

Com menos de 30 participantes: poderá haver cláusula de agravo ou cobertura temporária nos casos de doenças e lesões preexistentes.

**CONTRATO COLETIVO
POR ADESÃO (ART. 18)**

Poderá conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de resolução específica em vigor.

Destaca-se que a regulamentação de tratamento das DLP pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde consta da [Resolução Normativa ANS 558, de 14 de dezembro de 2022](#), na qual são estipuladas as regras para a exigência de Declaração de Saúde com vistas à eventual fixação de cobertura parcial temporária por até 24 meses a contar da data da contratação, ou imposição de agravo, entendido como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga pelo beneficiário para que tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou a lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.



No que tange à **vedação à seleção de riscos**, o art. 14 da Lei 9.656/1998 estabelece que ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde, seja em razão de idade ou deficiência.

A vedação à seleção de riscos por parte das operadoras estende-se a qualquer modalidade de contratação, conforme enunciado da **Súmula Normativa 27, de 10 de junho de 2015 da ANS**:

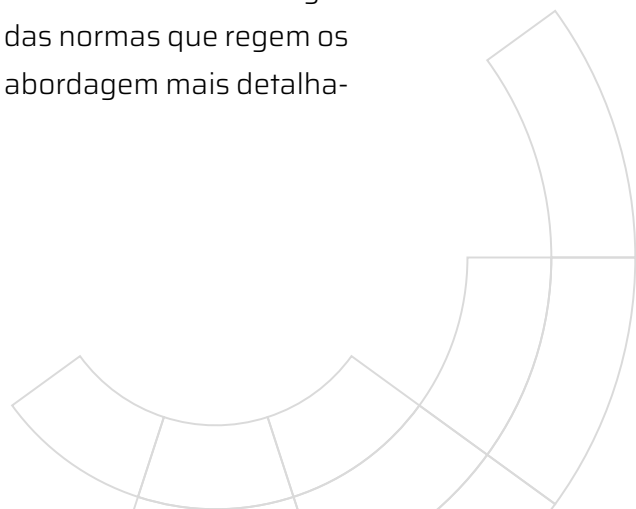
É vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de plano de saúde na contratação de qualquer modalidade de plano privado de assistência à saúde. Nas contratações de planos coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros. A vedação se aplica à contratação e exclusão de beneficiários.

Nesse sentido, a disposição expressa do art. 22 da Resolução ANS 557/2022:

Art. 22. Para vínculo de beneficiários aos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

De qualquer sorte, ainda que haja vedação expressa na legislação de regência quanto à seleção de riscos por parte das operadoras, não se olvida que idosos e pessoas com deficiência, além de pessoas com doenças raras, graves ou crônicas, acabam assumindo uma posição de hipervulnerabilidade no contexto das relações de consumo afetas à prestação de serviços de saúde.

No recorte deste estudo, um grupo específico de pessoas com deficiência figura como referencial para a interpretação e aplicação das normas que regem os planos privados de assistência à saúde, o que exige abordagem mais detalhada sobre suas características.



4. HIPERVULNERABILIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Enquanto a vulnerabilidade geral, prevista no art. 4º, inciso I, do Código de Defesa do Consumidor, é presumida e inerente a todos os consumidores, a hipervulnerabilidade caracteriza-se como condição específica, decorrente de circunstâncias pessoais de caráter permanente - como no caso de deficiência física ou mental - ou temporário, como no caso de gravidez, analfabetismo, idade ou doença (Marques; Miragem, 2012, p. 189).

Entre os grupos hipervulneráveis que exigem atenção especial, destacam-se as pessoas com deficiência.

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, incorporados ao ordenamento jurídico interno com status de norma constitucional por meio do **Decreto Legislativo 186/2008** e do **Decreto 6.949/2009**, define, em seu art. 1º, as pessoas com deficiência como aquelas com “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”.

O art. 25 desse diploma reconhece o papel dos Estados-partes na proteção do direito à saúde das pessoas com deficiência, impondo-lhes a adoção de medidas apropriadas para assegurar a essas pessoas o acesso a serviços de saúde, incluindo diagnóstico e intervenção precoces, bem como serviços projetados para reduzir ao máximo e prevenir deficiências adicionais, proibindo discriminações na provisão de seguros de saúde e de vida, caso tais seguros sejam permitidos pela legislação nacional.

O diploma normativo destaca a necessidade de garantir às pessoas com deficiência uma prestação de serviço inclusiva, que reforce a proteção nas re-

lações contratuais, especialmente no que diz respeito à negativa ou às limitações impostas ao acesso a tratamentos terapêuticos essenciais (Amorim Júnior, 2024, p. 63).

A referida convenção serviu de base à instituição do Estatuto da Pessoa com Deficiência pela [Lei 13.146/2015](#), que, em seus arts. 18 a 26, confere atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, tanto por intermédio do SUS, quanto por parte das operadoras de planos e seguros privados de saúde, que ficam obrigadas a ofertar todos os serviços e produtos dirigidos aos demais usuários, sendo vedada qualquer forma de discriminação, inclusive por meio de cobrança de valores diferenciados.

Antes mesmo da entrada em vigor do Estatuto da Pessoa com Deficiência, a [Lei 12.764/2012](#), conhecida como **Lei Berenice Piana**, instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - TEA, assegurando às pessoas com essa condição a proteção conferida por lei às pessoas com deficiência, conforme regulamentação do [Decreto 8.368/2014](#).

O TEA é uma condição neurológica que impacta o desenvolvimento social, comportamental e comunicativo do indivíduo, cujas particularidades tornam desafiadora sua inclusão na sociedade (*American Psychiatric Association*, 2013 *apud* Amorim Júnior, 2024, p. 59).

Essa condição integra um conjunto de desordens que ficaram amplamente conhecidas como **Transtornos Globais do Desenvolvimento - TGD**, com características centrais relacionadas ao comprometimento em pelo menos três áreas específicas: (a) déficits em habilidades sociais; (b) déficits em habilidades comunicativas, tanto verbais quanto não verbais; e (c) comportamentos, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados. Foram inseridos nessa classificação, além do autismo infantil, a Síndrome de Asperger, o Transtorno desintegrativo da infância, a Síndrome de Rett, e o Transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, incluindo o Autismo atípico (Silva; Mulick, 2009, p. 117-118).



A Lei Berenice Piana considera pessoa com transtorno do espectro autista aquela com síndrome clínica caracterizada por:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

O referido diploma assegura às pessoas com TEA o direito ao diagnóstico precoce, o acesso a tratamentos, terapias e medicamentos fornecidos pelo SUS, entre outros serviços que proporcionam a igualdade de oportunidades. É o que se extrai de seu art. 3º, inciso III:

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

[...]

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

- a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;
- b) o atendimento multiprofissional;
- c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;
- d) os medicamentos;
- e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

Na mesma esteira, o art. 5º da Lei Berenice Piana assevera que a pessoa com TEA “não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência”.

Ressalta-se que, em janeiro de 2022, foi publicada pela OMS a **11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e de Morbidade - CID-11**, que, acompanhando a 5ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DMS-5, editado pela *American Psychiatric Association*, adotou a nomenclatura Transtorno do Espectro Autista para englobar todos os diagnósticos anteriormente classificados na CID-10 como TGD (código F84), tais como Autismo infantil, Autismo atípico, Síndrome de Asperger, Transtorno desintegrativo da infância, Transtorno com hipercinesia associado a retardo mental e a movimentos estereotipados, com exceção da Síndrome de Rett, que passou a integrar rol diverso de comorbidades.

A publicação da CID-11 e as alterações por ela promovidas assumem relevo em face da previsão contida no art. 10 da Lei 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), mencionado no Item 3 desta nota, que determina que o plano-referência de assistência à saúde ofereça cobertura médico-ambulatorial e hospitalar para as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças da OMS.

Na CID-11, o TEA recebeu o código 6A02, abrangendo subdivisões relacionadas aos prejuízos na linguagem funcional e deficiência intelectual, conforme segue:

**CID-11****6A02 - Transtorno do espectro autista**

- 6A02.0 - Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com deficiência leve ou inexistente da linguagem funcional.
- 6A02.1 - Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual com deficiência leve ou inexistente da linguagem funcional.
- 6A02.2 - Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com deficiência da linguagem funcional.
- 6A02.3 - Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e deficiência da linguagem funcional.
- 6A02.5 - Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional.
- 6A02.Y - Outro transtorno especificado do espectro autista.
- 6A02.Z - Transtorno do espectro autista, não especificado.

Fonte: *Classificação Internacional de Doenças (CID)*. Elaboração: NUGICI/TJDF

Assim, o autismo segmenta-se em um espectro com diferentes níveis de manifestação, a depender das especificidades de cada indivíduo (Dornelles; Tabarelli, 2023, p. 77).

De acordo com as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2014, “a escolha do método a ser utilizado no tratamento e a avaliação periódica de sua eficácia devem ser feitas de modo conjunto entre a equipe e a família do paciente” (Brasil. Ministério da Saúde, 2014).

Visando ao incremento da assistência à saúde das pessoas com TEA, a ANS publicou a **Resolução Normativa 469, de 9 de julho de 2021**, que, ao alterar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar (Resolução Normativa RN 465/21), tornou obrigatória a cobertura de sessões com fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, em número ilimitado, para beneficiários com TGD, o que se somou à cobertura ilimitada já assegurada para sessões com fisioterapeutas.

Nesse período, também foi instituído um grupo de trabalho na ANS para dar seguimento às discussões sobre o atendimento aos beneficiários com TEA na saúde suplementar.

No ano seguinte, a ANS alterou novamente o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar por meio da **Resolução Normativa ANS 539, de 23 de junho de 2022**, de modo a incluir o § 4º ao art. 6º da Resolução Normativa RN 465/21, *verbis*:

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.

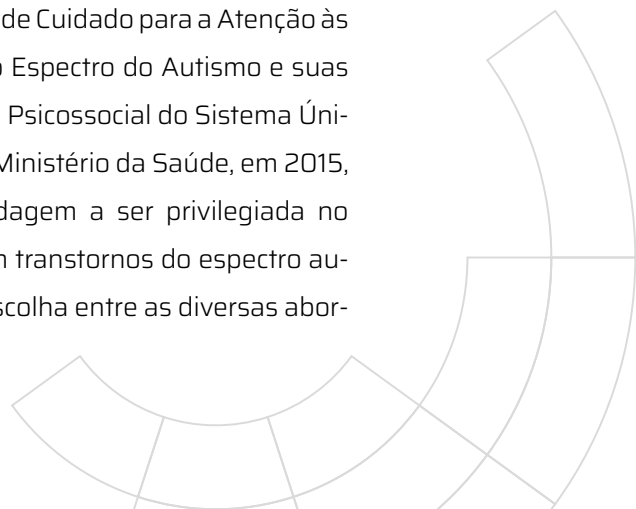
[...]

§ 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.

Concomitantemente à publicação da Resolução Normativa ANS 539/2022, a ANS emitiu a [Nota Técnica 1/2022/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO](#), na qual estimou em 52 milhões o número de casos de TEA no mundo. Considerando a prevalência global de 1% descrita no DMS-5, a estimativa para o Brasil seria de 2 milhões de indivíduos (Brasil. ANS, 2022a).

Sobre o tratamento conferido a pessoas com TEA, a nota enfatiza, em seus itens 2.6 e 2.7:

2.6. Segundo o manual Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2015, não existe uma única abordagem a ser privilegiada no atendimento de pessoas com transtornos do espectro autista. Recomenda-se que a escolha entre as diversas abor-



dagens existentes considere sua efetividade e segurança, e seja tomada de acordo com a singularidade de cada caso. Neste sentido, diversas abordagens terapêuticas (cognitivo-comportamental, de base psicanalítica, gestalt-terapia, entre outras), técnicas/métodos (Modelo Denver de Intervenção Precoce - ESDM; Comunicação Alternativa e Suplementar - Picture Exchange Communication System - PECS; Modelo ABA - Applied Behavior Analysis; Modelo DIR/Floortime; SON-RISE - Son-Rise Program, entre outros), uso de jogos e aplicativos específicos, dentre outras, têm sido propostas para o manejo/tratamento da pessoa com transtorno do espectro autista.

2.7. A forma de abordagem também é variada, podendo ser desde as individuais, realizadas por profissionais intensamente treinados em uma área específica, até aquelas compostas por atendimentos multidisciplinares, em equipes compostas por médicos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros. Neste sentido, a RN 465/2021, no seu art. 6º, estabelece que os procedimentos e eventos listados na RN 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 (Brasil. ANS, 2022a).

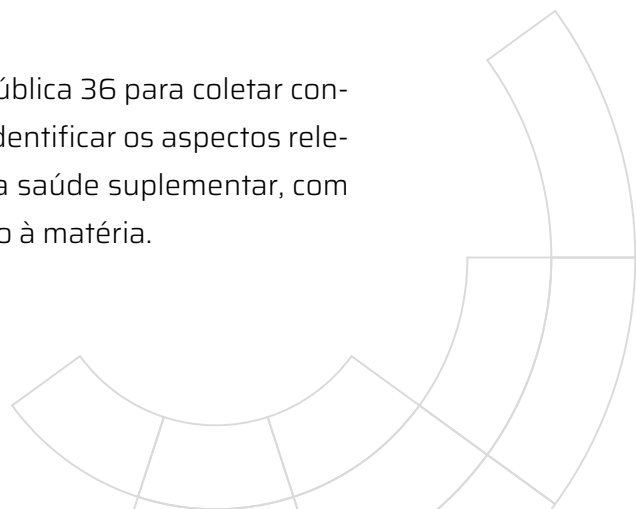
Nesse ponto, embora não exista protocolo clínico padronizado para acompanhamento do TEA em razão dos diversos níveis de manifestação da condição clínica abrangidos pelo espectro, cumpre enfatizar a conclusão da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, manifestada por ocasião da expedição da **Portaria Conjunta 7 de 12 de abril de 2022**, que apro-

vou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo:

O tratamento precoce tem potencial de modificar as consequências do TEA, sobretudo, com relação ao comportamento, capacidade funcional e comunicação. Embora não haja cura, há evidências de que intervenções implementadas antes dos quatro anos de idade, ou até mesmo antes dos dois anos, estão associadas a ganhos significativos na cognição, linguagem e comportamento. Há consenso sobre a importância do diagnóstico precoce e implementação de políticas públicas que possam promovê-lo (Brasil. Ministério da Saúde, 2022.)

No mesmo ano em que tornou obrigatória a cobertura de procedimentos indicados pelo médico assistente para o tratamento de pacientes com TGD e TEA sem limitação de número de sessões, por meio de atendimento por prestadores aptos a executar técnicas como a Terapia Cognitivo-Comportamental, a Terapia ABA (*Applied Behavior Analysis*), o Método Denver ou ESDM (*Early Start Denver Model*), o Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (*Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children - TEACCH*) e Integração Sensorial, a ANS modificou mais uma vez o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, dessa vez por meio da **Resolução Normativa ANS 541 ,de 11 de julho de 2022**, para revogar as diretrizes de utilização das coberturas assistenciais de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia, de forma a tornar ilimitada as sessões de tratamento seriado para todos os beneficiários de planos privados de saúde, independentemente de CID ou condição clínica.

Em outubro de 2023, a ANS realizou a Audiência Pública 36 para coletar contribuições, da forma mais ampla possível, a fim de identificar os aspectos relevantes da assistência aos beneficiários com TEA na saúde suplementar, com vistas ao aprimoramento de sua atuação em relação à matéria.

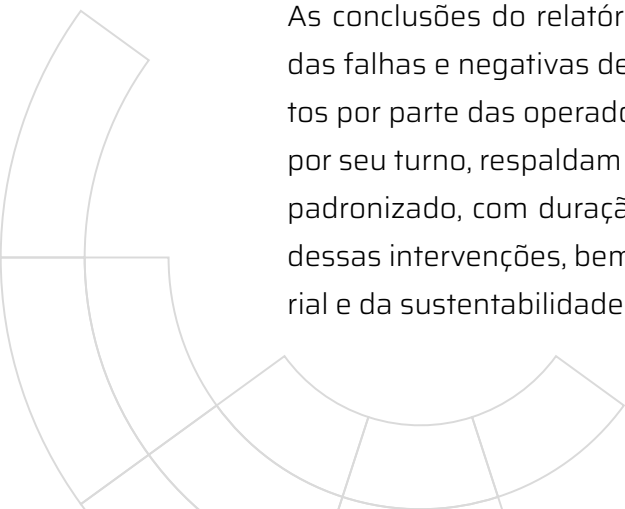


O evento, realizado de forma remota e estruturado pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, com o apoio da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar – Cosaúde, contou com a participação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Coffito, do Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFA, do Conselho Federal de Nutrição – CFN, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – Unidas, da Associação Nacional em Prol das Pessoas com Deficiência, Doenças Raras e Doenças Congênitas – ANPCD, da Associação Brasileira de Planos de Saúde – Abramge, da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil, da Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde e da Federação das Unimed do Estado de São Paulo – Unimed Fesp, além de dezenas de profissionais de diversas áreas, representantes de planos de saúde e da sociedade civil, que fizeram contribuições inseridas num relatório técnico aprovado pela Diretoria Colegiada (Brasil. ANS, 2023a).

Extrai-se do **relatório** que o tratamento multidisciplinar continuado, prescrito a pessoas com TEA primordialmente na primeira infância, em face da janela de oportunidade do cérebro das crianças, promove melhorias significativas na aquisição de habilidades e na qualidade de vida.

Ainda segundo o relatório, pessoas com TEA têm se deparado com desafios na prestação de serviços de assistência à saúde, como o cancelamento ilegal de contratos, o descredenciamento de clínicas sem substituição equivalente, a reavaliação imposta por juntas médicas, a discriminação no momento da contratação, dificuldades nos processos de reembolso e a falta de profissionais capacitados para acolher pacientes, especialmente os adultos (Brasil. ANS, 2023b).

As conclusões do relatório trazem para o foco de análise as consequências das falhas e negativas de cobertura e do cancelamento unilateral dos contratos por parte das operadoras de planos de assistência à saúde privados, que, por seu turno, respaldam suas condutas na ausência de um plano terapêutico padronizado, com duração adequada, e de métricas precisas dos resultados dessas intervenções, bem como na defesa de manutenção do equilíbrio atuarial e da sustentabilidade do mercado de saúde suplementar.



Nesse contexto, o arcabouço normativo de proteção às pessoas com deficiência, e mais especificamente às pessoas com TEA, embora contribua para o reconhecimento e consolidação de direitos dessa parcela da população, não é capaz de suplantar divergências interpretativas das normas aplicáveis aos contratos privados de assistência à saúde, divergências essas que têm provocado o aumento gradativo do ajuizamento de ações com vistas à obtenção de tratamento nos moldes recomendados por médicos assistentes e à própria manutenção dos vínculos contratuais, de modo a impor ao Poder Judiciário a tarefa de harmonizar a aplicação dos princípios da liberdade contratual e da função social dos contratos, tendo como pano de fundo a viabilidade de concretização de garantias fundamentais.



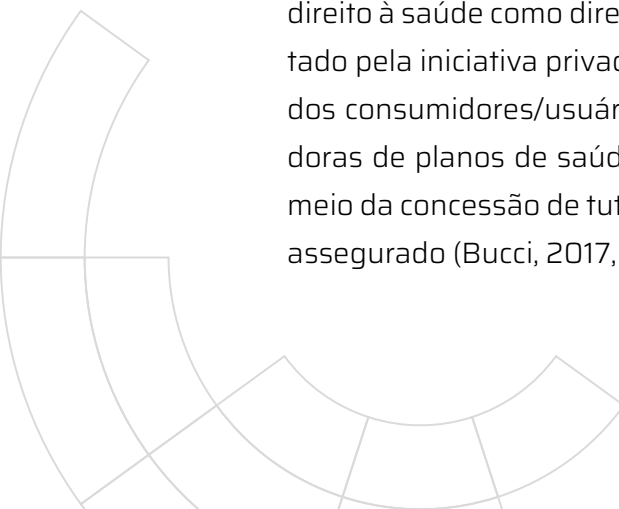
5. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: VIESES, GESTÃO PROCESSUAL, DIÁLOGO DAS FONTES E PRECEDENTES QUALIFICADOS

Os direitos humanos projetam sua eficácia horizontal nas relações jurídicas privadas e, no contexto sob análise, a crescente judicialização da assistência à saúde suplementar é normalmente percebida como reflexo de falhas significativas no cumprimento das obrigações contratuais e legais por parte das operadoras de planos de saúde.

Nessa ótica, a judicialização pode ser entendida como o movimento crescente de cidadãos que reivindicam o direito à saúde junto aos órgãos da Justiça. Esse movimento se insere em um fenômeno jurídico, político e sociológico mais complexo, relacionado à judicialização de políticas públicas, especialmente aquelas voltadas à efetivação de direitos sociais (Trettel; Kozan; Scheffer, 2017, p. 168).

De acordo com a lição de Luís Roberto Barroso, a “judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo” (Barroso, 2012, p. 24).

Sob outra perspectiva, Maria Paula Dallari Bucci considera que a enorme judicialização das questões que envolvem a saúde privada surge da dualidade do direito à saúde como direito social fundamental e como bem de consumo ofertado pela iniciativa privada, de modo que as constantes violações dos direitos dos consumidores/usuários e da legislação de regência por parte das operadoras de planos de saúde acabam sendo repelidas pelo Poder Judiciário por meio da concessão de tutelas calcadas no direito à saúde constitucionalmente assegurado (Bucci, 2017, p. 425).





Canotilho e outros autores consignam ser perceptível a tendência da jurisprudência no sentido de mitigar a autonomia contratual em favor da tutela do usuário-consumidor-paciente, de modo a impor a operadoras de planos e seguros de saúde diversas obrigações relacionadas a questões como a extensão da cobertura dos contratos, os períodos de carência, a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, inclusive com a anulação de cláusulas contratuais por abusividade (Canotilho *et al.*, 2018, p. 2.027).

Não se pode desconsiderar que, nessas demandas judiciais, especialmente em razão do caráter social das questões suscitadas e da relevância da intervenção judicial em favor da parte hipervulnerável, há certo apelo emocional a pautar a fundamentação das decisões. Em determinadas situações específicas, verifica-se até mesmo a relativização de contratos celebrados e a descon sideração de normas previstas em políticas públicas de saúde, com base em

argumentos abstratos e na ponderação de direitos fundamentais, com vistas a garantir a proteção do direito à saúde do consumidor (Schulze, 2020, p. 73).

Não obstante, Carlos Maximiliano há muito sustentava que “o papel da judicatura não é guiar-se pelo sentimentalismo; e sim, manter o equilíbrio dos interesses, e dentre estes distinguir os legítimos dos ilegítimos”. Assim, longe de atender só ao lado material ou moral, a atividade jurisdicional deve fundir elementos econômicos e sociais, garantindo o progresso e a evolução da coletividade (Maximiliano, 2022, p. 77).

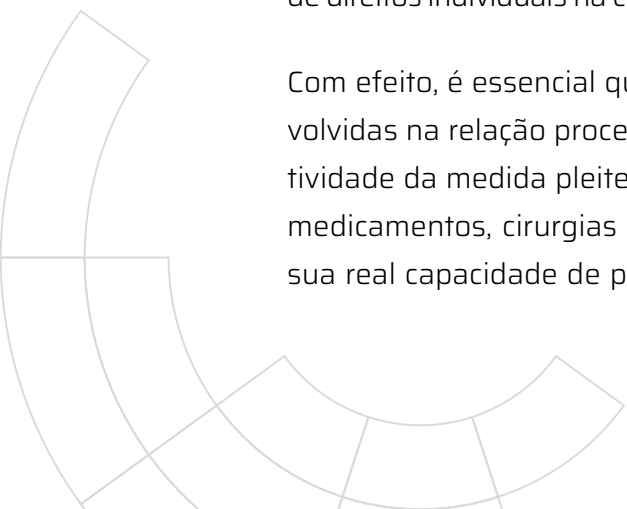
A jurisprudência do STJ tem cada vez mais reforçado a necessidade de que as decisões judiciais envolvendo questões de saúde – pública ou privada – encontrem robusto lastro técnico e, portanto, não sejam fundamentadas em *sentimentalismo jurídico*, desconsiderando as normas existentes no ordenamento jurídico.

O Tribunal da Cidadania tem adotado uma postura de autocontenção ao julgar casos relacionados a planos de saúde, especialmente por reconhecer a complexidade do setor. Essa abordagem visa a evitar que decisões judiciais possam gerar impactos econômicos e operacionais graves nas operadoras, o que, em última instância, poderia comprometer a sustentabilidade do sistema e a continuidade da prestação de serviços aos beneficiários.

Por certo, o estudo sobre a ampliação das coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar deve ser acompanhado da análise de seu impacto financeiro, a teor do inciso III do § 3º do art. 10-D da Lei 9.656/1998.

Nessa esteira, a crescente judicialização da saúde traz à discussão o consequentialismo na análise dessas demandas, de forma a equilibrar o impacto da tutela de direitos individuais na coletividade e os princípios fundamentais subjacentes.

Com efeito, é essencial que os órgãos jurisdicionais, bem como as partes envolvidas na relação processual, realizem uma análise criteriosa quanto à efetividade da medida pleiteada, especialmente no que se refere à indicação de medicamentos, cirurgias ou procedimentos terapêuticos, de modo a aferir a sua real capacidade de proporcionar benefícios concretos ao paciente. A au-



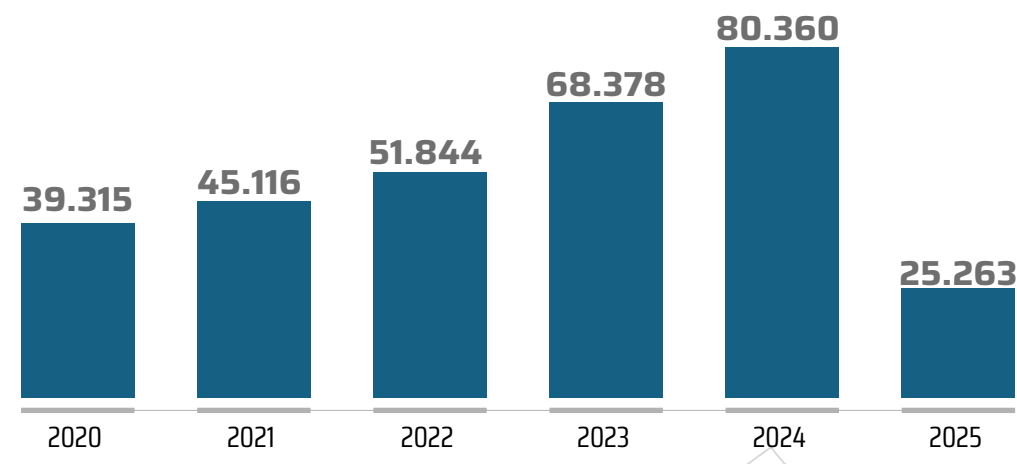
sência dessa avaliação pode culminar na utilização desnecessária da estrutura judiciária, implicando custos indevidos tanto para o SUS quanto para as operadoras de planos privados de assistência à saúde, comprometendo, assim, a eficiência e a racional alocação dos recursos públicos e privados disponíveis (Schulze, 2022, p. 128).

Dessa maneira, a Lei 9.656/1998 e as normas editadas pela ANS para regular seus diversos institutos, interpretadas em harmonia com os preceitos constitucionais e as disposições pertinentes do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor, devem servir de norte para a análise das cláusulas dos contratos de assistência à saúde e para a fundamentação das decisões judiciais sobre saúde suplementar.

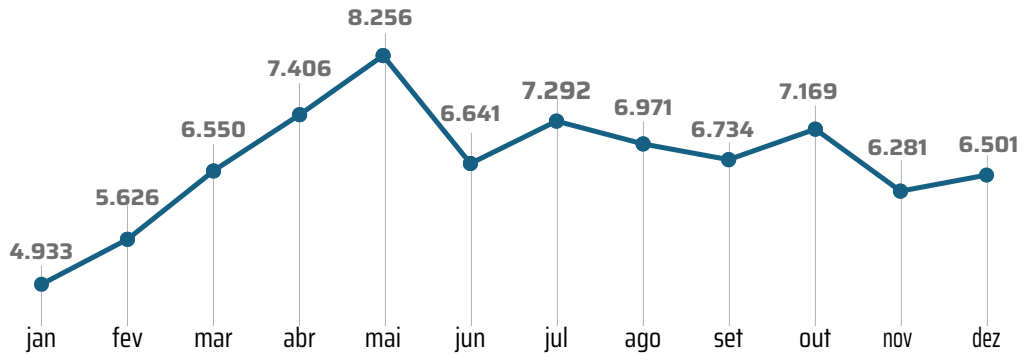
5.1 DIRETRIZES DO FONAJUS PARA A GESTÃO PROCESSUAL E INICIATIVAS DE MANEJO EM ESCADA DE DEMANDAS RELACIONADAS AO TRATAMENTO DO TEA

As Estatísticas Processuais de Direito à Saúde contidas no Painel de Judicialização da Saúde do CNJ demonstram o crescimento do **número de processos relacionados à assistência à saúde suplementar na Justiça Estadual** nos últimos cinco anos, culminando em 80.360 novas ações em 2024, com pico de ajuizamentos observado entre os meses de abril e maio (Brasil. CNJ, 2025a).

QUANTIDADE DE CASOS NOVOS POR ANO (2025 ATÉ ABRIL)



SÉRIE HISTÓRICA DA QUANTIDADE DE CASOS NOVOS POR MÊS - 2024



Painel atualizado até 30/4/2025. Acesso em 27/5/2025.

Com o objetivo de estabelecer diretrizes para lidar com o aumento exponencial das ações relacionadas à saúde, o CNJ instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde por meio da **Resolução 107, de 6 de abril de 2010**. Renomeado em 2022 para Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde - Fonajus, sua atribuição é elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, a fim de reforçar a efetividade dos processos judiciais e a prevenção de novos conflitos.

Entre outras iniciativas, o Fonajus vem realizando, desde 2014, congressos e jornadas nacionais para fomentar a discussão de temas da saúde pública e suplementar sensíveis aos tribunais, com aprovação de enunciados com recomendações para a boa gestão processual das demandas relacionadas.

No que tange especificamente ao tratamento de pessoas com TEA, o Fonajus aprovou, na VI Jornada Nacional de Direito da Saúde, realizada em junho de 2023, o Enunciado 105, com o seguinte teor:

Enunciado nº 105 - Para tratamento de pessoas com transtornos globais do desenvolvimento, inclusive transtorno do espectro autista, os magistrados(as) deverão se atentar para a carga horária do tratamento solicitado, o plano

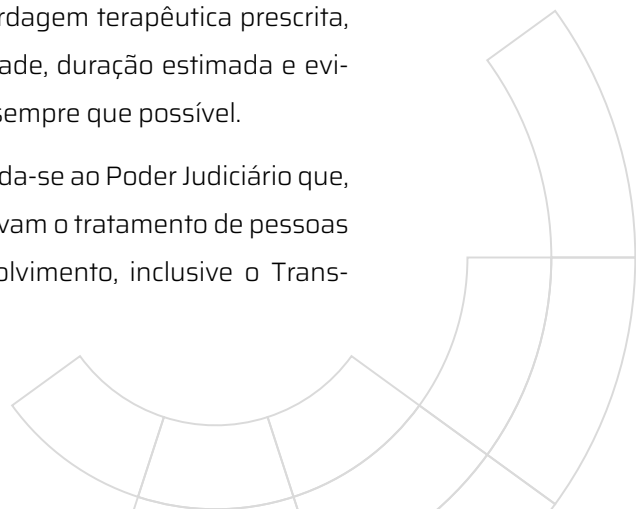
terapêutico, a especialização dos profissionais de equipe multidisciplinar, a justificativa das terapias possíveis a serem aplicadas, a necessidade de participação dos pais e/ou responsáveis legais, além de solicitar avaliações periódicas do plano terapêutico e laudos atualizados que comprovem a eficácia do tratamento proposto (Brasil. CNJ, 2023).

Mais recentemente, na VII Jornada Nacional de Direito da Saúde, realizada em abril de 2025, foram aprovados mais quatro enunciados relacionados ao tratamento do TEA:

Enunciado nº 138 - Nas demandas judiciais sobre fornecimento de tratamento em favor de pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), recomenda-se ao Juízo, com vistas à efetividade da prestação e ao controle da execução, que avalie a conveniência de designar audiências de acompanhamento, com a inquirição dos responsáveis legais, para coleta de informações sobre a execução do tratamento, dificuldades de acesso, adesão, adequação terapêutica e eventual necessidade de ajuste das medidas, respeitando os princípios da proteção integral, da inclusão e da participação ativa da família.

Enunciado nº 139 - Para apreciação de pedidos judiciais que envolvam tratamento para pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), recomenda-se que o juízo exija a apresentação de relatório técnico individualizado, contendo a descrição das condições clínicas, funcionais e comportamentais específicas do(a) paciente, bem como a justificativa técnica para cada abordagem terapêutica prescrita, com indicação de sua finalidade, duração estimada e evidência científica de suporte, sempre que possível.

Enunciado nº 140 - Recomenda-se ao Poder Judiciário que, nas ações judiciais que envolvam o tratamento de pessoas com transtornos de desenvolvimento, inclusive o Trans-



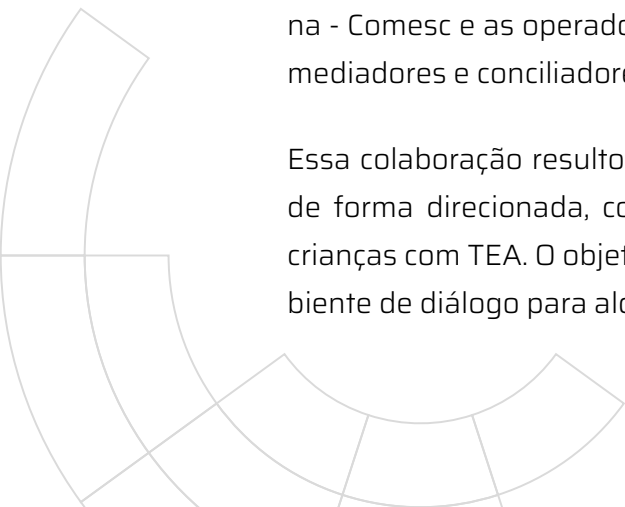
torno do Espectro Autista (TEA), seja priorizado o uso dos Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSCs) ou outras centrais de conciliação especializadas em saúde, com objetivo de: I- promover o diálogo entre famílias, entes públicos ou operadoras de saúde; II- buscar soluções consensuais adequadas ao caso concreto; III- oferecer orientação qualificada sobre as políticas públicas disponíveis, critérios técnicos e opções de cuidado.

Enunciado nº 141 - O custeio do profissional de apoio escolar necessário à inclusão de estudantes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) ou outros transtornos do desenvolvimento na rede regular de ensino, é de responsabilidade do poder público ou da instituição de ensino privada, conforme o caso. Esse profissional integra o apoio educacional especializado e não se confunde com tratamentos de saúde, devendo ser ofertado sempre que houver recomendação pedagógica ou avaliação interdisciplinar que indique sua necessidade para viabilizar a permanência e a aprendizagem do aluno (Brasil. CNJ, 2025b).

Por certo, o aumento da judicialização de demandas relacionadas ao custeio de terapias, tratamentos e serviços destinados ao Transtorno do Espectro Autista evidencia a necessidade de traçar estratégias que fomentem o diálogo entre as operadoras de planos de saúde e os usuários desses serviços.

Nesse contexto, seguindo a linha do Enunciado 140 do Fonajus, destaca-se a iniciativa do Tribunal de Justiça de Santa Catarina - TJSC, que criou um grupo de trabalho em cooperação com o Comitê Estadual de Saúde de Santa Catarina - Comesc e as operadoras de planos de saúde suplementar para capacitar mediadores e conciliadores.

Essa colaboração resultou na criação de um espaço específico para atender, de forma direcionada, conflitos envolvendo planos de saúde e famílias de crianças com TEA. O objetivo central dessa iniciativa foi o de viabilizar um ambiente de diálogo para alcançar compreensões mútuas e aperfeiçoar os servi-



ços prestados, com vistas à pacificação dos conflitos e à promoção da saúde e do bem-estar das crianças.

Os primeiros conflitos foram mediados durante uma semana-piloto, na qual foram realizadas rodadas de negociação entre as operadoras de saúde e as famílias, resultando em um índice de acordos de 53,84%. Esse desfecho permitiu a resolução de diversos casos sem a necessidade de decisão judicial, garantindo a continuidade do fornecimento das terapias e evitando atrasos que poderiam comprometer o tratamento das crianças (TJSC *apud* Schulze, 2023).

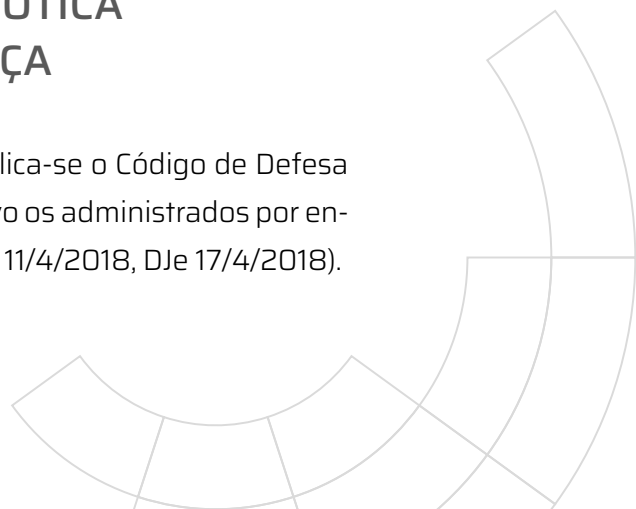
Em face da repetitividade e do caráter estratégico das demandas envolvendo pessoas com deficiência e outras condições crônicas de saúde, cabe mencionar ainda a atuação dos Centros de Inteligência do Poder Judiciário, consubstanciada na emissão de notas técnicas com o objetivo de traçar recomendações para manejo dos acervos processuais relacionados ao tema.

Nesse sentido, faz-se menção à Nota Técnica 9/2024 do Centro de Inteligência da Justiça Estadual do Estado de Pernambuco - CIJUSPE, que traz orientações aos magistrados para promoção de maior eficácia e celeridade aos processos relacionados ao tratamento de pessoas com TEA.

Referida nota foi objeto de adesão pelo Centro de Inteligência da Justiça Estadual do Pará - CIJEPA (Nota Técnica 10/2024), mecanismo que reforça a atuação em rede dos Centros de Inteligência prevista na Resolução 349, de 23 de outubro de 2020 do CNJ.

5.2 COBERTURA DO TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DO TEA SOB A ÓTICA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Consoante o **Enunciado 608 da Súmula do STJ**, “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 11/4/2018, DJe 17/4/2018).



Cláudia Lima Marques preceitua que os contratos de planos e seguros de saúde, cativos e de longa duração, têm o escopo de assegurar o tratamento demandado pelo consumidor e de ajudá-lo a suportar os riscos futuros envolvendo a sua saúde, de sua família, dependentes ou beneficiários, o que recomenda o diálogo e a aplicação conjunta das Leis 8.078/1990 e 9.656/1998, interpretadas à luz da Constituição (Marques, 2020, p. 554).

Sob essa perspectiva, as demandas ajuizadas por pessoas com TEA devem ser analisadas à luz das relações de consumo, mediante a aplicação da **teoria dos diálogos das fontes**, para compatibilizar os interesses particulares com os direitos fundamentais, especialmente o direito à saúde, constitucionalmente assegurado.

De fato, as decisões judiciais relacionadas à oferta de tratamento médico multidisciplinar a pessoas com autismo têm se alinhado aos princípios da proibição, boa-fé, função social dos contratos e segurança jurídica, atentando para a necessária observância do direito ao recebimento de informações corretas, claras e precisas sobre a oferta, a precificação e a vigência dos serviços, mediante a interpretação das cláusulas contratuais de forma mais favorável ao consumidor, a fim de afastar eventuais práticas abusivas.

Nessa toada, a Terceira Turma do STJ, mesmo antes da publicação das Resoluções Normativas RN 469/2021 e ANS 539/2022, já vinha considerando abusiva a limitação pelo plano de saúde do número de sessões de terapias especializadas prescritas para o tratamento do TEA (REsp 1.846.108/SP, relatora: ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 2/2/2021, DJe de 5/2/2021; AgInt no AREsp 1.864.001/RJ, relator: ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 11/10/2021, DJe de 14/10/2021; AgInt no REsp 1.987.794/SC, relator: ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 28/11/2022, DJe de 9/12/2022).

Frise-se que a Corte Cidadã, ao firmar precedente pela taxatividade do rol da ANS em 2022, manteve, no mesmo julgado, entendimento quanto à abusividade da recusa de cobertura e da limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar para os beneficiários diagnosticados com TEA (REsp 1.889.704/SP, relator: ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022).

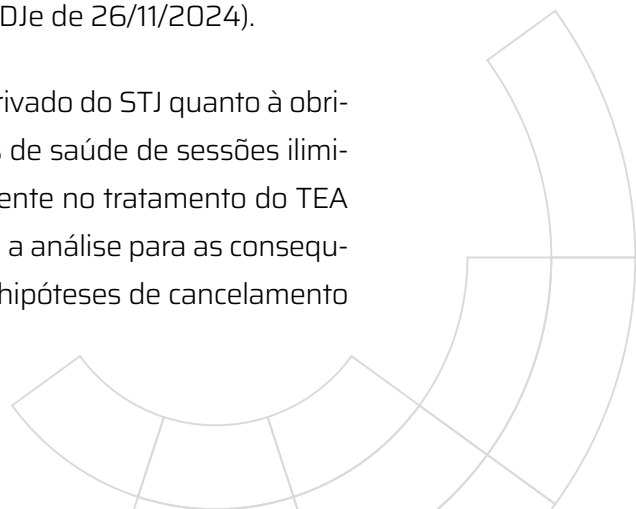
A Terceira Turma também determinou que a musicoterapia, incluída na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC do SUS, deve ser obrigatoriamente coberta pelos planos de saúde quando prescrita ao beneficiário com TEA pelo médico assistente e realizada por profissional da saúde especializado (REsp 2.043.003/SP, relatora: ministra Nancy Andrichi, Terceira Turma, julgado em 21/3/2023, DJe de 23/3/2023).

O mesmo órgão fracionário decidiu que, na ausência de profissionais ou tratamentos disponíveis na rede credenciada, os planos de saúde são obrigados a custear integralmente as despesas realizadas fora da rede, desde que o tratamento seja necessário e prescrito pelo médico assistente (AgInt no REsp 1.969.846/SP, relator: ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 18/9/2023, DJe de 20/9/2023).

A Quarta Turma, por seu turno, asseverou a adequação da utilização do método Análise do Comportamento Aplicada - ABA no tratamento multidisciplinar do autismo, consoante recomendação contida em relatório da Conitec (AgInt nos EDcl no REsp 1.976.713/SP, relator: ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 10/6/2024, DJe de 12/6/2024).

Ressalta-se, ainda, que tramitam na Segunda Seção os Recursos Especiais 2.167.050/SP e 2.153.672/SP, de relatoria do ministro Antônio Carlos Ferreira, os quais foram afetados em novembro de 2024, ao Tema Repetitivo 1.295, ainda pendente de julgamento, que discute a “possibilidade ou não de o plano de saúde limitar ou recusar a cobertura de terapia multidisciplinar prescrita ao paciente com transtorno global do desenvolvimento” (ProAfR no REsp 2.167.050/SP, relator: ministro Antonio Carlos Ferreira, Segunda Seção, julgado em 19/11/2024, DJe de 26/11/2024; ProAfR no REsp 2.153.672/SP, relator: ministro Antonio Carlos Ferreira, Segunda Seção, julgado em 19/11/2024, DJe de 26/11/2024).

O consenso havido até então nas Turmas de Direito Privado do STJ quanto à obrigatoriedade de cobertura pelas operadoras de planos de saúde de sessões ilimitadas das terapias recomendadas pelo médico assistente no tratamento do TEA - consoante normas mais recentes da ANS - direciona a análise para as consequências jurídicas da interrupção desse tratamento nas hipóteses de cancelamento



unilateral do plano de assistência à saúde coletivo, recomendando, assim, exame detido da tese firmada por ocasião do julgamento do Tema Repetitivo 1.082.

5.3 TEMA REPETITIVO 1.082

A Segunda Seção do STJ, ao julgar os Recursos Especiais 1.842.751/RS e 1.846.123/SP sob a sistemática dos recursos repetitivos, submeteu à análise questão jurídica consistente na possibilidade ou não de cancelamento unilateral – por iniciativa da operadora – de contrato de plano de saúde (ou seguro-saúde) coletivo enquanto pendente tratamento médico de beneficiário acometido de doença grave (REsp 1.842.751/RS, relator: ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022; REsp 1.846.123/SP, relator: ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022). Assim, foi firmada a tese do Tema 1.082, nos seguintes termos:

A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida.

Ao longo do julgamento, a FenaSaúde, o Grupo de Atuação Estratégica das Defensorias Públicas Estaduais e Distrital nos tribunais superiores – GAETS, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS, a ANS e a Associação Brasileira de Proteção aos Consumidores de Planos e Sistemas de Saúde – Saúde Brasil apresentaram manifestações na qualidade de *amici curiae*.

De um lado, o IDEC defendeu a primazia dos direitos fundamentais à saúde e à dignidade humana, sustentando que a interpretação teleológica da legislação deve garantir a continuidade da prestação de serviços aos beneficiários internados ou em tratamento, sendo manifestamente abusivo o cancelamento unilateral

do contrato de plano de saúde coletivo nessas condições, por colocar o consumidor em desvantagem exagerada, a ponto de trazer risco para sua vida e integridade física. Acrescentou que a regra da portabilidade de carências não seria capaz de garantir a amplitude de oferta para migração do consumidor com agravos à saúde, tendo o potencial de burocratizar ou impedir a continuidade do tratamento.

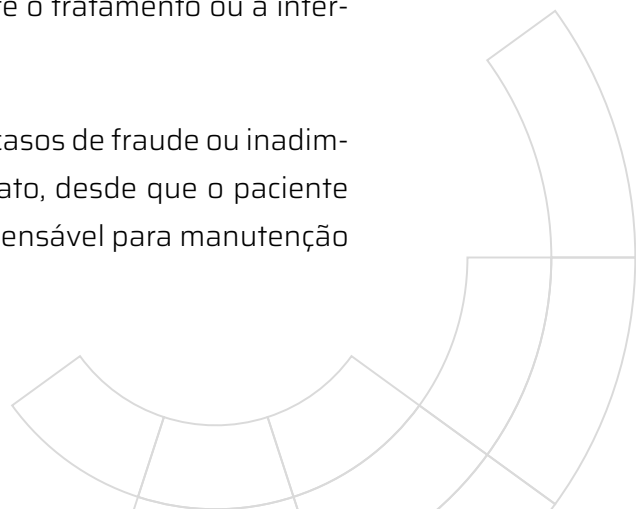
Em contrapartida, a FenaSaúde e o IESS destacaram a relevância da segurança jurídica e da previsibilidade contratual, defendendo que o direito à rescisão unilateral dos contratos coletivos, firmados entre pessoas jurídicas, deve ser exercido estritamente nos limites das normas contratuais e regulatórias, não sendo aplicáveis as disposições relativas aos planos individuais ou familiares. Alegaram também que a imposição de restrições excessivas pode configurar ativismo judicial e interferir indevidamente na liberdade contratual, comprometendo a sustentabilidade econômica do sistema e impactando a viabilidade dos serviços prestados.

O relator do caso, ministro Luis Felipe Salomão, manifestou preocupação com os riscos do ativismo judicial no setor da saúde e enfatizou a necessidade de decisões que preservem o equilíbrio econômico do segmento, evitando imposições desproporcionais às operadoras.

Contudo, no voto condutor, reafirmou que, quando houver usuário internado ou em pleno tratamento de saúde, a operadora deverá garantir a continuidade dos cuidados assistenciais até a alta médica, mesmo após a rescisão unilateral do contrato.

Destacou que os incisos II e III do parágrafo único do art. 13 da Lei 9.656/1998 proíbem, de forma expressa, a suspensão de cobertura ou o cancelamento unilateral, sem justificativa, dos planos privados de saúde individuais ou familiares por iniciativa da operadora, sobretudo durante o tratamento ou a internação do usuário.

Ressaltou que, conforme o dispositivo, apenas nos casos de fraude ou inadimplência é permitido suspender ou rescindir o contrato, desde que o paciente não se encontre internado ou em tratamento indispensável para manutenção de sua incolumidade física.



Apesar das características particulares dos planos coletivos, o ministro Luis Felipe Salomão defendeu que a interpretação teleológica e sistemática da legislação que rege a saúde suplementar recomenda a aplicação do parágrafo único do art. 13 também aos contratos coletivos.

Ademais, conforme destacado no referido voto, na hipótese de cancelamento do plano coletivo privado de assistência à saúde, deve ser assegurada aos beneficiários a possibilidade de migração para planos individuais ou familiares. Além disso, a operadora que rescindir unilateralmente o plano coletivo e não comercializar planos individuais terá o dever de comunicar diretamente ao usuário seu direito à migração para planos oferecidos por outras operadoras, com portabilidade de carências.

A decisão do STJ apresenta implicações importantes para consumidores/usuários com agravos de saúde que têm seus planos de assistência à saúde rescindidos unilateralmente e que precisem de tratamento contínuo, cuja interrupção possa ocasionar prejuízo terapêutico.

Assim, embora as condições de saúde dos pacientes que figuraram como partes nos recursos afetados ao Tema 1.082 sejam distintas do TEA, a invocação da tese então firmada tem sido recorrente entre os beneficiários de planos de saúde com autismo para assegurar a continuidade do tratamento multidisciplinar por ocasião da rescisão de plano coletivo.

Diante desse contexto, o estudo que deu ensejo a esta nota técnica abrangeu a realização de pesquisa sobre o perfil das demandas ajuizadas por beneficiários com TEA no âmbito do TJDFT, a fim de mapear, entre outros aspectos, a aplicação - ou não - do Tema 1.082 aos consumidores/usuários com TEA, cujos resultados estão expostos no próximo item.

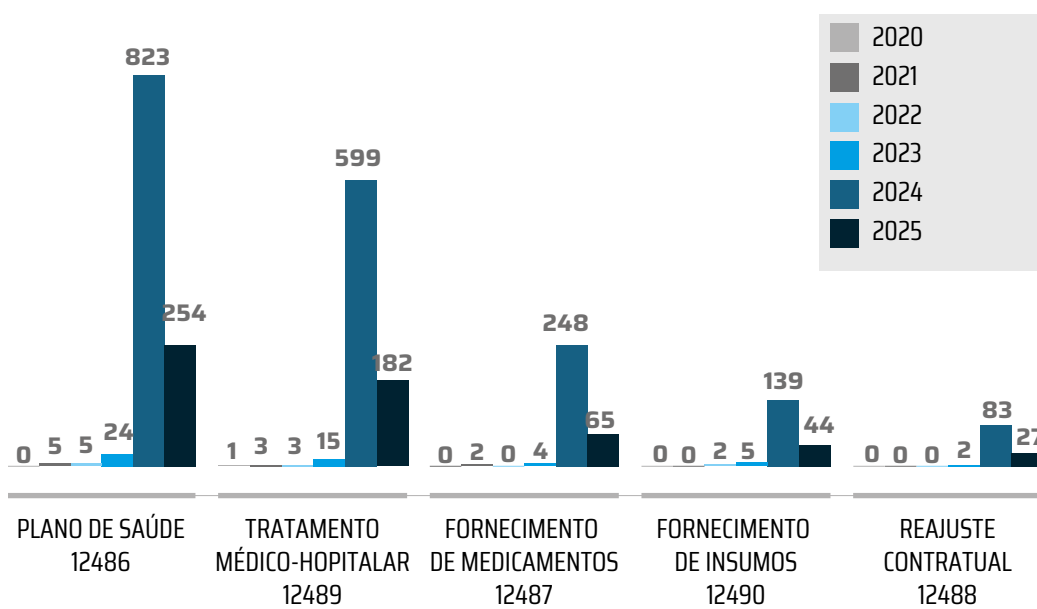


6. PERFIL DAS DEMANDAS RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS COM TEA NO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS

Analisar os dados relativos à judicialização na esfera do TJDFT é um passo importante para entender suas prováveis causas e, assim, adotar medidas que possam otimizar a prestação jurisdicional.

Extrai-se do Painel de Judicialização da Saúde do CNJ que em 2024 foram ajuizados 1.892 novos processos na primeira instância do TJDFT sobre o tema “saúde suplementar”, indexados sob as categorias “plano de saúde”, “fornecimento de insumos”, “fornecimento de medicamentos”, “reajuste contratual” e “tratamento médico-hospitalar”.

PRIMEIRA INSTÂNCIA » QUANTIDADE DE CASOS NOVOS POR ANO PARA OS 5 MAIORES ASSUNTOS (POR PROCESSOS PENDENTES)

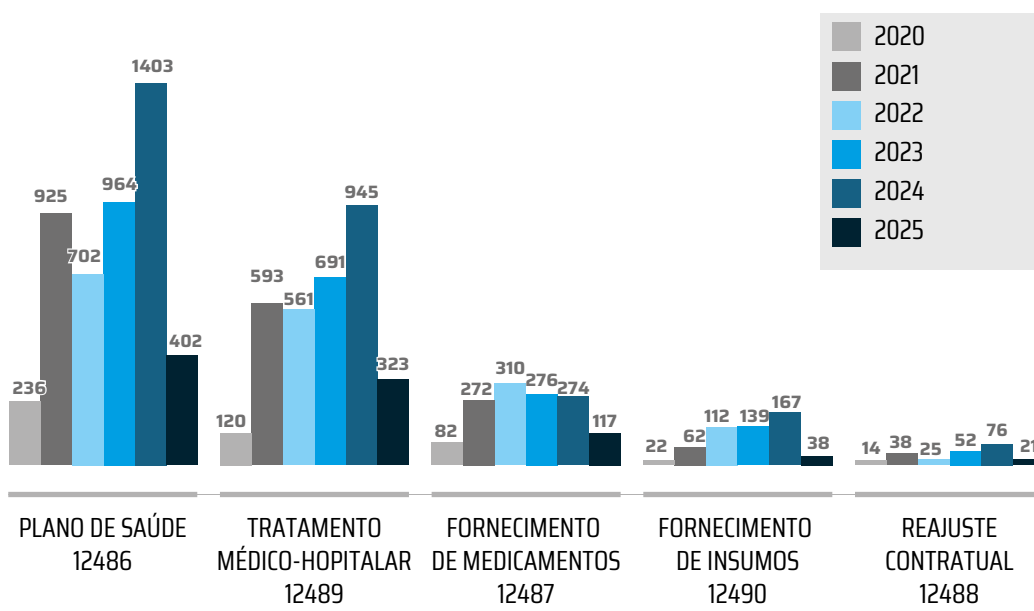


Painel atualizado em 25/4/2025, com dados recebidos dos tribunais e processados até 14/5/2025 (situações processuais até 31/3/2025). Acesso em 20/5/2025.

Em olhar mais atento, os dados obtidos indicam o ajuizamento, em 2024, de 823 novas ações na primeira instância versando sobre a temática “planos de saúde” e 599 novas ações tratando especificamente do assunto “tratamento médico-hospitalar”.

Por sua vez, foram utilizados os mesmos parâmetros de pesquisa para consultar as estatísticas processuais na segunda instância, que recebeu 2.579 novos processos relacionados à “saúde suplementar”, sendo interpostos 1.403 novos recursos relacionados à temática “planos de saúde” e 945 ligados especificamente ao assunto “tratamento médico-hospitalar”.

SEGUNDA INSTÂNCIA » QUANTIDADE DE CASOS NOVOS POR ANO PARA OS 5 MAIORES ASSUNTOS (POR PROCESSOS PENDENTES)



Painel atualizado em 25/4/2025, com dados recebidos dos tribunais e processados até 14/5/2025 (situações processuais até 31/3/2025). Acesso em 20/5/2025.

Os dados corroboram o aumento relevante no número de casos novos em 2024, reforçando a percepção da existência de fatores que aumentaram a judicialização da saúde suplementar.

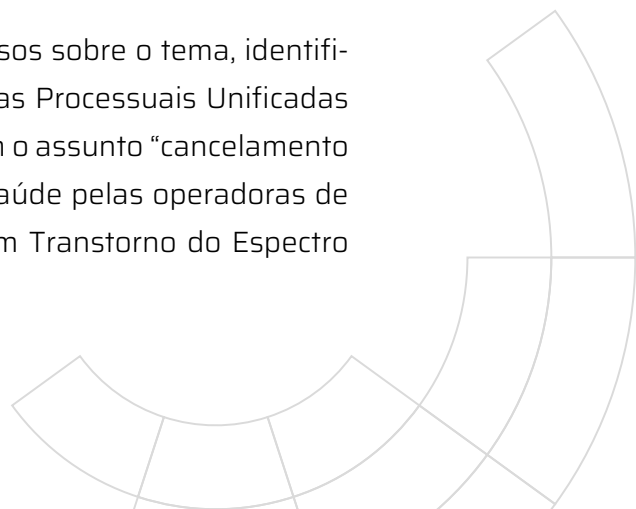
6.1 ANÁLISE DAS DEMANDAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR DE PESSOAS COM TEA NA PRIMEIRA INSTÂNCIA

Atenta à necessidade de coletar e apreciar dados sobre a judicialização da saúde suplementar no TJDFT, a Coordenadoria do Centro de Inteligência da Justiça do Distrito Federal - COCIJDF formalizou solicitação à Coordenadoria de Sistemas e Estatísticas da primeira instância - COSIST, direcionada ao Núcleo Permanente das Tabelas Processuais Unificadas da primeira instância - NUTPU e ao Núcleo Permanente de Estatísticas da primeira instância - NUEST, com o objetivo de extrair dados ou metadados disponíveis na base da plataforma Processo Judicial eletrônico - PJe sobre “direto à saúde e cancelamento/rescisão unilateral de plano de saúde coletivo de consumidor/beneficiário/usuário/paciente com Transtorno do Espectro Autista - TEA e enquadramento ao Tema 1.082 do STJ”.

Inicialmente, delimitou-se o período de levantamento entre janeiro de 2021 e janeiro de 2025, a fim de traçar um panorama atualizado. Contudo, visando a um diagnóstico mais abrangente, optou-se por estender a análise para incluir dados dados entre 1º de janeiro de 2018 e 26 de março de 2025. Esse ajuste metodológico permitiu compreender a evolução das demandas relacionadas à saúde suplementar e às pessoas com TEA ao longo de um intervalo temporal mais amplo.

O estudo desenvolvido abrangeu pesquisa qualitativo-quantitativa com o objetivo de identificar processos envolvendo pessoas com TEA, em especial aqueles relacionados a tratamento, demais pedidos e ao cancelamento unilateral de planos de saúde coletivos.

Durante o levantamento do quantitativo de processos sobre o tema, identificou-se a ausência de dados específicos nas Tabelas Processuais Unificadas - TPU que permitissem a identificação de feitos com o assunto “cancelamento unilateral de contratos coletivos de assistência à saúde pelas operadoras de planos de saúde e seu impacto sobre pessoas com Transtorno do Espectro Autista - TEA”.

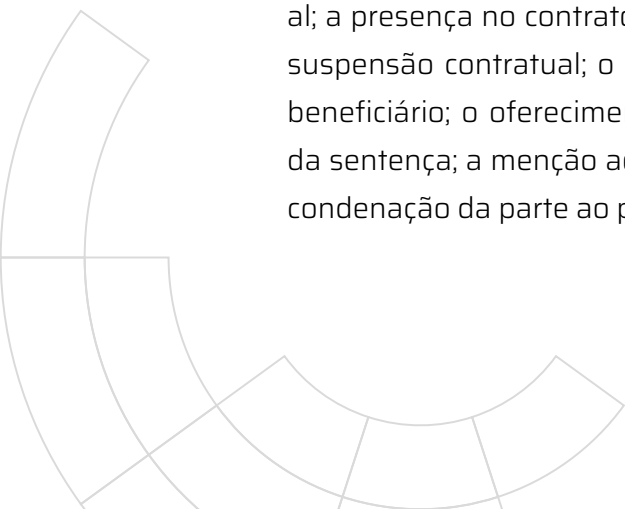


Nessa esteira, o NUTPU auxiliou na formulação de termos de pesquisa, baseados nos Sistemas de Gestão de Tabelas Processuais Unificadas do CNJ, com o escopo de auxiliar no levantamento dos processos correlatos. Todavia, ainda que as combinações de assuntos referentes a plano de saúde e/ou reajuste contratual e/ou indenização por dano moral e/ou indenização por dano material e/ou tutela de urgência e/ou tutela de evidência e assunto de pessoa com deficiência e/ou prioridade na tramitação “pessoa com deficiência” sugeridas pelo NUTPU tenham facilitado a identificação de processos de interesse do presente estudo, a correta averiguação do quantitativo de ações demandou análise do conteúdo da petição inicial, de atos judiciais e das demais informações presentes nos autos.

O levantamento preliminar realizado pelo NUEST, com base na combinação de assuntos sugerida pelo NUTPU, identificou 285 processos distribuídos entre 1º de janeiro de 2018 e 26 de março de 2025, dos quais 112 ainda estavam em tramitação no momento da coleta.

Partindo-se da tabela que identificou o quantitativo de 285 processos, a qual inclui os processos distribuídos e os que ainda estão em tramitação, a equipe da COCIJDF elaborou um formulário, por meio da plataforma *Forms* da Microsoft, com intuito de identificar o número de processos diretamente relacionados ao tema objeto de estudo e avaliar o perfil da judicialização das demandas de saúde suplementar de pessoas com TEA.

O formulário buscou obter informações detalhadas, tais como: o tema objeto de discussão nos autos; a juntada de relatório médico; a existência de decisão liminar para restabelecimento do tratamento ou do contrato; a fixação de multa cominatória; o motivo alegado pelas operadoras para o cancelamento do plano coletivo; a fixação de prazo para manutenção do vínculo contratual; a presença no contrato de informações sobre as condições de rescisão ou suspensão contratual; o oferecimento de plano de saúde para migração do beneficiário; o oferecimento de portabilidade de carências; os fundamentos da sentença; a menção ao Tema Repetitivo 1.082 do STJ; bem como eventual condenação da parte ao pagamento de indenizações.



Nesse contexto, a identificação do quantitativo de processos envolvendo o tratamento e o cancelamento unilateral de plano de saúde de pessoas com TEA envolveu a seguinte sequência metodológica: extração automatizada realizada pelo NUEST, filtragem por combinação de assuntos das TPUs e, por fim, análise manual das petições e decisões efetuadas pela equipe da COCIJDF com a utilização de formulário por meio da plataforma *Forms* da Microsoft.

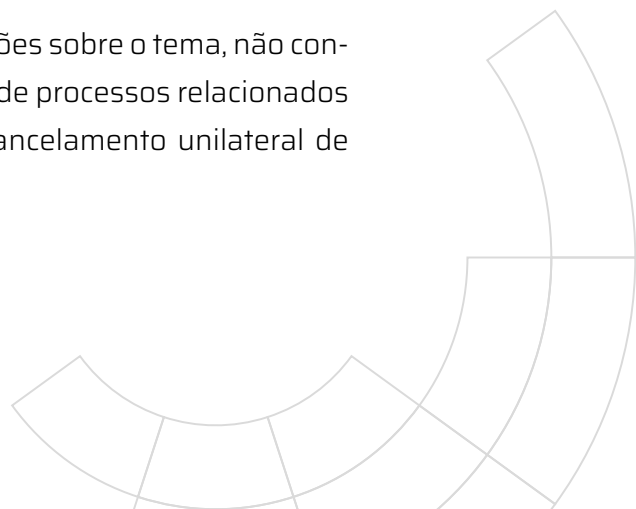
Após a análise individual dos processos, constatou-se que, dos 285 inicialmente identificados, 139 trouxeram pessoas com TEA no polo ativo da ação, enquanto os 146 restantes trataram de demandas alheias ao objeto específico do estudo.

Durante a análise dos 139 processos de pessoas com TEA localizados, as motivações que levaram ao ajuizamento das ações foram categorizadas em “tratamento e outros pedidos” e “cancelamento unilateral de planos de saúde”.

Dos processos ajuizados por pessoas com TEA, verificou-se que 91 tiveram discussões relacionadas a “tratamento e outros pedidos” e 48 processos trataram de “cancelamento unilateral de planos de saúde”.

A partir da análise da distribuição de processos ao longo do período pesquisado (1/1/2018 a 26/3/2025), é possível verificar que não foram registradas ações com o tema “TEA - cancelamento unilateral de planos de saúde” antes de 2023, uma vez que o surgimento dessa discussão teve lugar a partir desse ano, com a localização de cinco ações, ganhando força em 2024, com o ajuizamento de 39 ações, o que corrobora a tendência observada nas notícias que circularam na imprensa e nas informações trazidas pela Senacon em sua resposta ao ofício da COCIJDF, aludidas no Item 1 desta nota técnica.

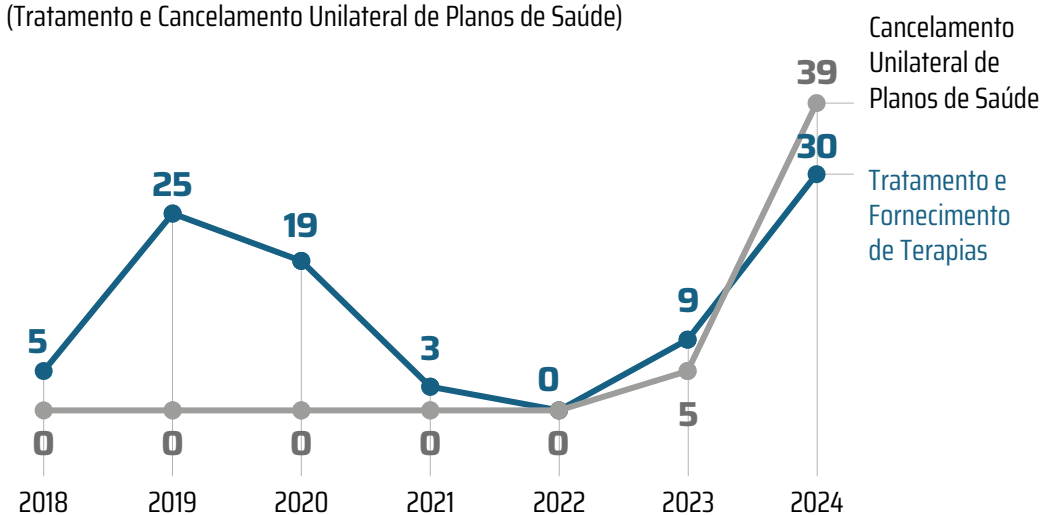
Até março de 2025, foram ajuizadas mais quatro ações sobre o tema, não consideradas para efeito de correlação do quantitativo de processos relacionados a “TEA - tratamento e outros pedidos” e “TEA - cancelamento unilateral de planos de saúde” ao longo do tempo.



No que se refere às ações sobre “TEA - tratamento e outros pedidos”, foram identificadas ações a partir de 2018. O quantitativo sofreu flutuações no período pesquisado, atingindo seus maiores números durante os anos de 2019 (25 ações), 2020 (dezenove ações) e 2024 (trinta ações). Nessa perspectiva, o gráfico a seguir ilustra a correlação entre os dados apresentados, considerando os processos distribuídos até 31/12/2024:

DISTRIBUIÇÃO DE PROCESSOS - TEA

(Tratamento e Cancelamento Unilateral de Planos de Saúde)



Ao avaliar a distribuição dos processos “TEA - cancelamento unilateral de planos de saúde” e “TEA - tratamento e outros pedidos” entre os anos de 2018 e 2024, deduz-se que houve um aumento de casos novos envolvendo o tema no último ano.

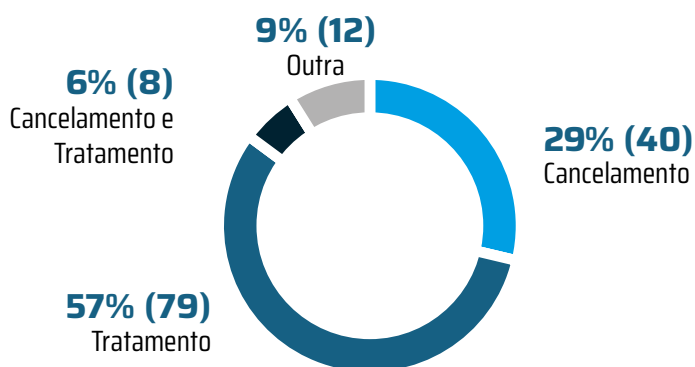
Embora não seja possível estabelecer causalidade entre o cancelamento unilateral de contratos coletivos e o aumento do volume processual identificado nesta nota técnica, é possível perceber uma alteração no perfil predominante das ações.

Até 2024, prevaleciam as ações envolvendo o tratamento de pessoas com TEA. Após esse período, passaram a prevalecer processos relacionados ao cancelamento unilateral de planos de saúde coletivos, envolvendo pessoas com TEA, enquanto as demandas de tratamento se mantiveram estáveis no comparativo com anos anteriores.

Importante destacar que, embora esses grupos tenham sido apresentados separadamente, constatou-se que parte das ações abordou simultaneamente ambos os assuntos (tratamento e cancelamento).

De forma mais específica, essa categorização permitiu constatar que, em 29% dos processos, a demanda foi motivada pelo cancelamento ou rescisão unilateral do plano de saúde, enquanto, em 57% dos processos, a pauta foi o tratamento multidisciplinar. Apenas 6% das ações examinadas apresentaram pedidos motivados tanto pelo cancelamento/rescisão unilateral do plano de saúde quanto pelo tratamento multidisciplinar. Por fim, 9% dos processos foram motivados por pedidos e motivos diversos, tais como: suspensão do plano de saúde, reembolso de tratamento, afastamento de coparticipação de custeio do plano de saúde, fornecimento/custeio de assistente terapêutico/monitor no ambiente escolar, reajuste do plano de saúde, carência para internação, o que se expressa no seguinte gráfico:

DISTRIBUIÇÃO DE PROCESSOS POR TEMA

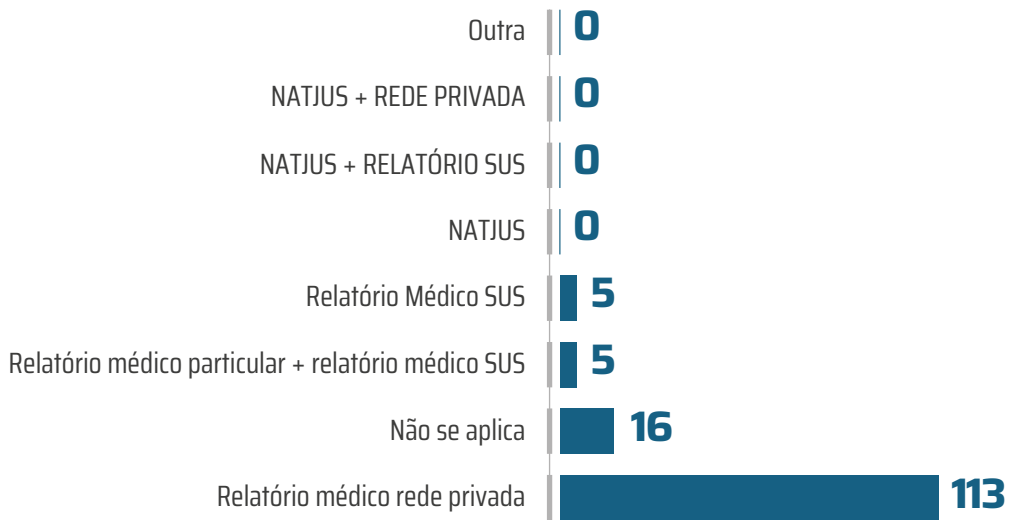


Ao se avaliar a documentação que acompanhou os pedidos iniciais, verificou-se a juntada de relatório médico em 123 processos, sendo que, em dezesseis deles, os pedidos não dependiam da análise de laudo médico, já que eram relacionados a reajuste contratual, prazo de carência para internação e inobservância dos regramentos da ANS para o cancelamento do plano.

Outra constatação é de que 81% dessas ações foram instruídas com relatório médico da rede privada; em 4% delas, havia relatório médico da rede privada de saúde e de profissional do SUS; e, em outros 4%, havia relatório exclusivamente do SUS.

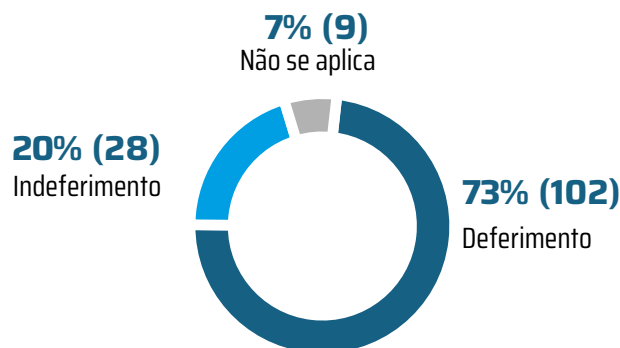
Em nenhum dos processos avaliados houve parecer do Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário - NATJUS, pois sua atuação no TJDFT está atrelada a demandas de saúde oriundas do SUS, conforme art. 1º da [Portaria GPR 1.170 de 4 de junho de 2018](#).

TIPO DE RELATÓRIO MÉDICO APRESENTADO



No que se refere ao fornecimento de terapias, continuidade do tratamento ou restabelecimento do plano de saúde, dos 139 processos de pessoas com TEA analisados, 131 veiculavam pedidos liminares com esse intuito (95%). Em 102 processos, houve decisão liminar determinando o fornecimento de terapias, a continuidade do tratamento ou o restabelecimento do plano (73%), enquanto, em 28 processos (20%), o pedido liminar foi indeferido. Em nove processos, não existiu pedido da parte autora ou o referido quesito não se mostrou aplicável (7%).

AValiação DAS LIMINARES



Outro dado objeto de análise para aferir os impactos da judicialização está relacionado à fixação de multa cominatória ou astreintes, instrumento coercitivo destinado a compelir a parte ao cumprimento da obrigação de fazer ou não fazer. Conforme demonstram os dados obtidos na pesquisa, em 60% dos casos analisados, houve a fixação da multa cominatória.

FIXAÇÃO DE MULTA COMINATÓRIA



Na averiguação dos processos sobre “TEA – cancelamento unilateral de planos de saúde” foram levantadas diversas questões como: motivo alegado pelas operadoras para o cancelamento; estipulação de prazo para a manutenção do tratamento em caso de deferimento de liminar; especificação nas cláusulas contratuais das condições de suspensão ou rescisão contratual, nos termos do art. 23 da Resolução Normativa ANS 557/2022; oferta de plano de saúde para fins de migração e disponibilização de portabilidade de carências.

No que tange aos motivos apontados pelas operadoras para o cancelamento unilateral de planos de saúde coletivos de beneficiários com TEA, foram identificadas cinco justificativas recorrentes.

De um total de 48 processos que trataram de “TEA – cancelamento unilateral de planos de saúde” e “TEA – cancelamento e tratamento”, em 21 casos, a tese alegada foi a de necessidade de manutenção do equilíbrio financeiro (44%), em razão dos elevados custos do tratamento, justificativa que reflete a relevância de aspectos econômicos e financeiros na manutenção dos contratos.

As previsões contratuais e normativas autorizadoras do cancelamento do plano de saúde ocuparam a segunda posição, com dezesseis processos (33%). Boa parte dos argumentos invocados pelas operadoras cingiram-se ao cumprimento das normas da ANS acerca da rescisão, como o envio de notificação prévia e a observância do prazo mínimo de vigência do contrato.

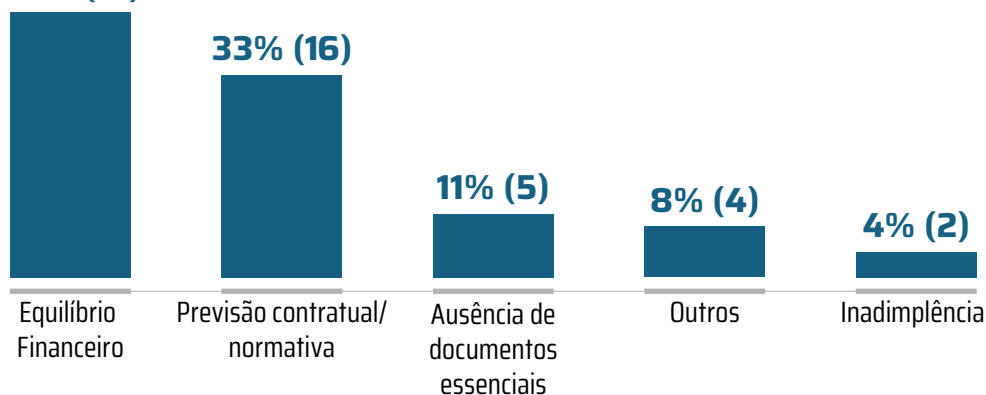
A ausência de documentos essenciais foi apontada em cinco processos (11%), evidenciando falhas formais ou procedimentais na documentação apresentada para a contratação do plano.

Já a inadimplência foi a causa em dois processos, representando 4% dos cancelamentos, sugerindo menor frequência dessa justificativa.

Por fim, os motivos classificados como “outros”, listados em quatro processos, somaram 8%, abrangendo justificativas diversas, como a omissão de doenças preexistentes e a inexistência de ilicitude na conduta da operadora.

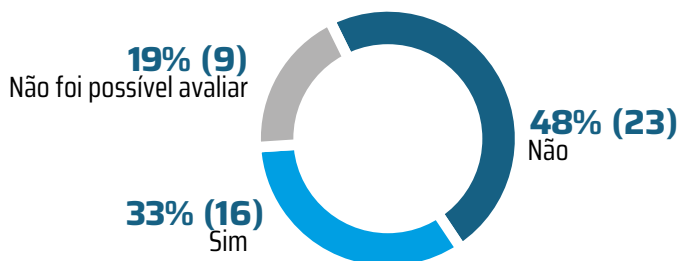
MOTIVOS ALEGADOS PARA O CANCELAMENTO

44% (21)



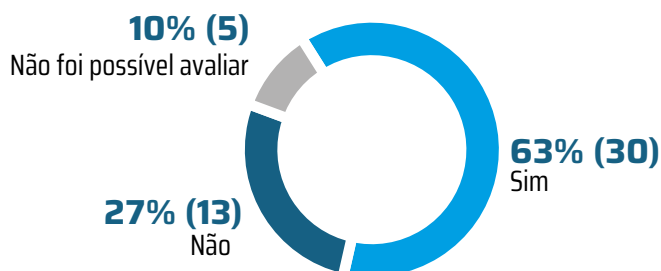
Em relação à determinação de manutenção do vínculo contratual, dos 48 processos envolvendo “TEA - cancelamento unilateral de planos de saúde” e “TEA - cancelamento e tratamento” avaliados, em dezesseis (33%) houve fixação de prazo para a manutenção do contrato, enquanto em 23 (48%) não houve essa fixação. Em nove processos, não foi possível fazer essa análise, dada a ausência de decisão liminar (19%).

ESTIPULAÇÃO DE PRAZO PELAS LIMINARES PARA MANUTENÇÃO DE VÍNCULO CONTRATUAL



No universo de 48 processos envolvendo “TEA - cancelamento unilateral de planos de saúde” e “TEA - cancelamento e tratamento”, foi possível aferir se o contrato trazia informações sobre as condições de rescisão ou suspensão do plano de saúde somente em 43 deles. No que se refere à especificação das condições de rescisão ou suspensão do contrato, verificou-se que, em trinta processos (63%), essas informações constavam de forma expressa no instrumento contratual, enquanto em treze processos (27%) não.

PREVISÃO CONTRATUAL DAS CONDIÇÕES DE RESCISÃO OU SUSPENSÃO

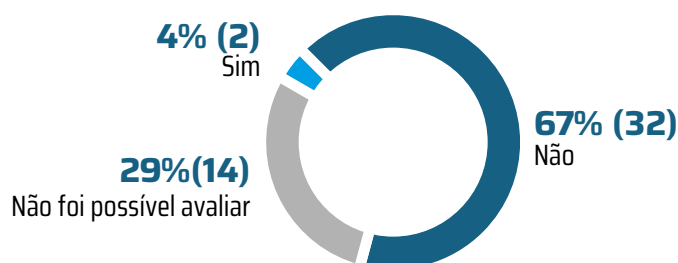


No acervo de 48 processos envolvendo “TEA - cancelamento unilateral de planos de saúde” e “TEA - cancelamento e tratamento”, foi possível avaliar a oferta de plano de saúde por parte da operadora para fins de migração do beneficiário em 34 processos (71%).

Por ocasião da rescisão/cancelamento, não houve a oferta de plano para migração por parte da operadora em 32 casos (67%), sendo oportunizada a migração dos beneficiários para planos individuais ou familiares em apenas duas amostras (4%).

Frisa-se, nesse ponto, que apenas as operadoras de planos de saúde que comercializam planos individuais ou familiares são obrigadas a oferecê-los a beneficiários de planos coletivos na hipótese de rescisão unilateral do contrato.

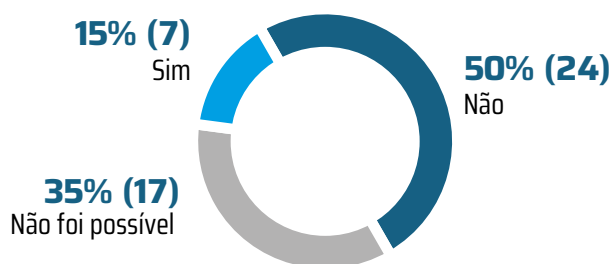
OFERTA DE PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL NOS CASOS DE RESILIÇÃO UNILATERAL DO PLANO COLETIVO



De acordo com a Resolução Normativa RN 438/2018, as operadoras devem informar ao beneficiário o direito à portabilidade de carências por ocasião da rescisão do contrato ou de sua exclusão do plano, para que este possa efetivar a migração para outro plano de saúde em tempo hábil, sem sofrer a descontinuidade das coberturas contratadas.

No entanto, no universo de 48 processos analisados, houve a viabilização da portabilidade de carências pela operadora de plano de saúde em apenas sete processos (15%). Em 24 amostras, a operadora não viabilizou a portabilidade (50%).

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS - OPERADORA DE SAÚDE



A pesquisa também almejou avaliar o teor das sentenças proferidas. Nessa seara, a análise de conteúdo revela alta tendência de sentenças favoráveis aos beneficiários com TEA. Do total de 139 ações, 44 foram julgadas procedentes (32%), quarenta foram julgadas parcialmente procedentes (29%), nove

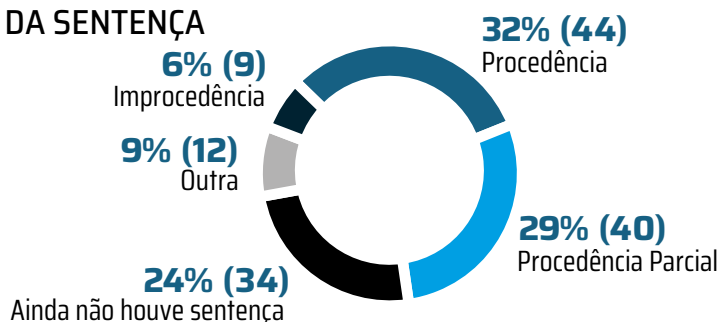
foram julgadas improcedentes (6%), doze foram extintas por razões diversas (9%) e 34 ainda pendem de julgamento (24%).

Nos casos de procedência da ação, observou-se o reconhecimento da necessidade de tratamento multidisciplinar do beneficiário com TEA, a exemplo da psicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia, musicoterapia, equoterapia, submissão aos métodos ABA e Denver, bem como a manutenção do contrato ou o restabelecimento do vínculo contratual com as operadoras de planos de saúde.

As sentenças parcialmente procedentes abrangeram pedidos de indenização por dano moral, reembolso de despesas médicas com o tratamento e a concessão de terapia específica.

Em outras sentenças, verificou-se a homologação de acordos e de pedidos de desistência e até o reconhecimento da incompetência do Juizado Especial Cível para processar e julgar a ação.

ANÁLISE DA SENTENÇA



Do total de 48 processos enquadrados especificamente na temática “TEA - cancelamento unilateral de planos de saúde” e “TEA - cancelamento e tratamento”, 29 foram sentenciados. Dentro desse quantitativo, foi avaliada a frequência da menção ao Tema Repetitivo 1.082 do STJ.

Em vinte sentenças, houve menção ao Tema Repetitivo 1.082 (69%), enquanto em nove sentenças (31%), não houve essa referência. O achado significa que o tema foi invocado tanto para manter ou restabelecer o vínculo do beneficiário com TEA com o plano de saúde quanto para afastar a ilicitude da rescisão contratual efetuada pelas operadoras de planos de saúde.

TEMA 1.082 STJ



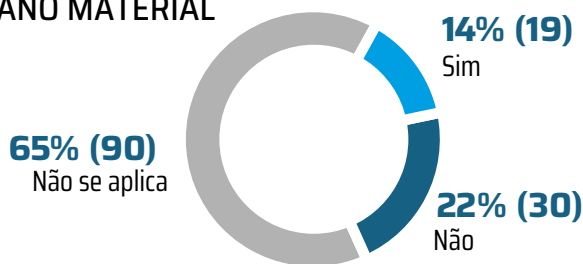
Merece destaque o fato de que na judicialização da saúde suplementar, uma parcela expressiva das ações veicula pedidos de indenização por danos morais. Da análise dos dados, observa-se que esses pedidos foram julgados procedentes em 29% dos casos. Em 27% dos processos analisados, esses pleitos foram julgados improcedentes. Ressalta-se que, em 44% das demandas, consignou-se a resposta “não se aplica”, pois não houve formulação de pedido nesse sentido ou o requerimento ainda não havia sido apreciado.

FIXAÇÃO DE DANO MORAL



Na mesma esteira, procedeu-se à análise da veiculação de pedido de indenização por danos materiais, compreendida, no presente estudo, como o ressarcimento de despesas realizadas com tratamento do TEA que deveriam ser custeadas pela operadora de planos de saúde, mas acabaram sendo suportadas pelo beneficiário.

De acordo com os dados coletados, em aproximadamente 14% dos casos houve condenação ao pagamento da referida indenização. Em contrapartida, em 21% dos processos não houve condenação. Por fim, registra-se que, em 65% das demandas, consignou-se a resposta “não se aplica”, pois não houve formulação de pedido nesse sentido ou o requerimento ainda não havia sido apreciado.

FIXAÇÃO DE DANO MATERIAL

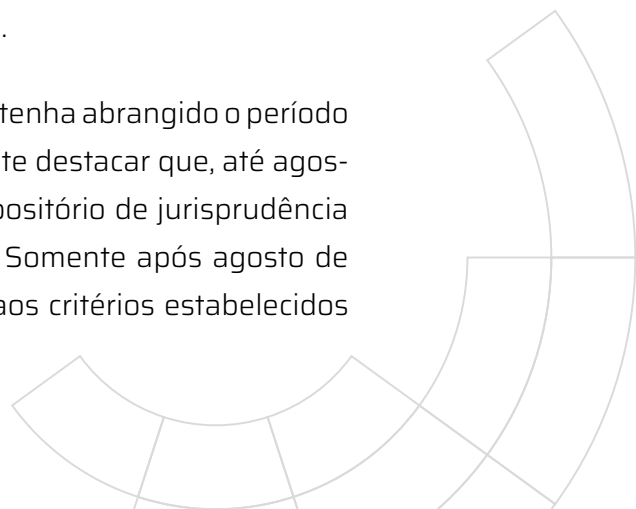
6.2 ANÁLISE DAS DEMANDAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR DE PESSOAS COM TEA NA SEGUNDA INSTÂNCIA

Com o intuito de coletar dados sobre a judicialização da saúde suplementar na segunda instância, a COCIJDF solicitou à Coordenação de Doutrina e Jurisprudência – CODJU a realização de pesquisa com o argumento “*plano de saúde (cancelamento ou rescisão ou resilição) unilateral (tea ou autista ou autismo)*”.

Cumprido destacar que a base de dados dos repositórios de jurisprudência é própria para análises que investigam as características do conteúdo das decisões judiciais, mediante a aplicação de técnicas de pesquisa por expressões regulares, que visam a detectar padrões comportamentais por meio dos dados extraídos, fazendo suas respectivas correlações.

Por esse motivo, esta seção centra-se na análise qualitativa do conteúdo das decisões judiciais proferidas em processos relacionados à aplicação do Tema Repetitivo 1.082 do STJ, particularmente no que tange a cancelamento unilateral de planos de saúde de pessoa com TEA. Não se pretende, portanto, inferir a quantidade total de decisões sobre a matéria, mas sim examinar os contornos jurídicos delineados nos acórdãos identificados.

Embora o recorte temporal definido para a pesquisa tenha abrangido o período entre janeiro de 2021 e janeiro de 2025, é importante destacar que, até agosto de 2023, não foram localizados acórdãos no repositório de jurisprudência que versassem especificamente sobre a temática. Somente após agosto de 2023 foram encontrados acórdãos que atendiam aos critérios estabelecidos



para o estudo, o que corrobora a análise realizada sobre os dados colhidos na primeira instância, de que a temática emergiu apenas em 2023, ganhando expressiva relevância em 2024, quando se verificou um pico de judicialização.

Foram analisados, ao todo, **31 acórdãos**, proferidos em sede de apelação e agravo de instrumento, distribuídos em **sete turmas cíveis do TJDF**, uma vez que **a pesquisa da CODJU não reportou acórdão proveniente da Quinta Turma Cível sobre o tema objeto de estudo.**

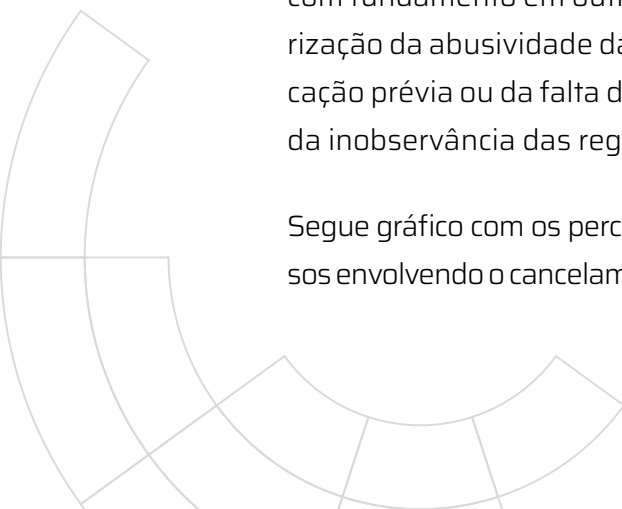
Para tanto, realizou-se uma abordagem minuciosa, visando a identificar as variáveis relacionadas ao padrão comportamental das operadoras de planos saúde diante da rescisão unilateral e do cumprimento das normas aplicáveis à matéria.

A análise dos referidos acórdãos permitiu traçar o seguinte cenário: o advento do Tema Repetitivo 1.082 impactou diretamente a dinâmica processual, originando constantes embates entre os beneficiários dos planos de saúde e as operadoras, notadamente acerca do enquadramento do TEA como agravo de saúde para fins de manutenção do tratamento, quando em curso, e da consequente incidência ou não da tese fixada pelo STJ.

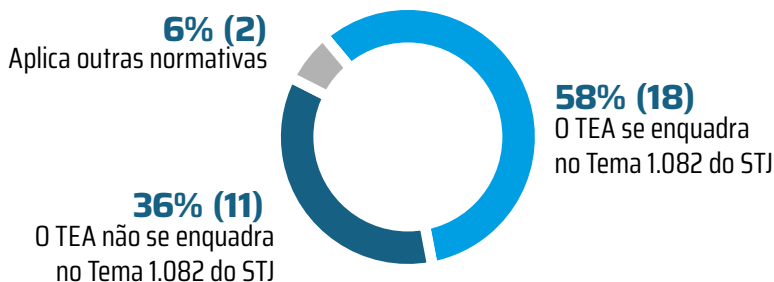
Verificou-se que, dos 31 acórdãos analisados, onze se posicionaram pela inaplicabilidade do Tema 1.082 aos beneficiários com TEA, enquanto deztois acórdãos entenderam que o autismo se caracteriza como agravo de saúde apto a justificar a manutenção do vínculo contratual com vistas à continuidade do tratamento.

Nos acórdãos remanescentes, a aplicação do Tema 1.082 não foi objeto de análise expressa, porquanto a continuidade do tratamento foi assegurada com fundamento em outros parâmetros normativos, especialmente a caracterização da abusividade da rescisão unilateral decorrente da ausência de notificação prévia ou da falta de oferta de plano de saúde para migração, bem como da inobservância das regras atinentes à portabilidade de carências.

Segue gráfico com os percentuais de aplicação ou não do Tema 1.082 nos processos envolvendo o cancelamento unilateral de planos de saúde de pessoas com TEA:



ANÁLISE DO ENQUADRAMENTO NO TEMA 1.082 DO STJ



No que se refere ao cumprimento das normas da ANS aplicáveis ao caso concreto, em dezessete acórdãos foi reconhecida a abusividade na rescisão unilateral, seja em razão da falta de notificação prévia, seja pelo não oferecimento de plano individual ou coletivo em substituição, sem cumprimento de novos prazos de carência, seja pela conjugação dos dois fatores.

Paralelamente a isso, destaca-se que alguns acórdãos reconheceram que a rescisão unilateral foi lícita, pois a operadora de saúde cumpriu os deveres de informação por meio da notificação prévia, bem como ofereceu alternativas para a continuidade do tratamento.

O estudo feito pela CODJU constatou que **a taxa de reversibilidade geral foi de 19%**, o que indica que, na maioria dos casos, as decisões proferidas em primeiro grau foram mantidas pelas instâncias superiores.

Consoante a lição de Ivo Gico Junior e Henrique Haruki Arake, a **taxa de reversibilidade - Trev** consiste na razão matemática entre a quantidade de decisões judiciais reformadas pelo tribunal *ad quem* e o total de decisões recorridas, constituindo-se como parâmetro relevante para avaliar a estabilidade das decisões e a aderência à orientação jurisprudencial do Tribunal, conforme a seguinte fórmula:

$$Trev = \frac{Q_{reformas}}{U_{sentenças}}$$

Essa métrica permite aferir empiricamente o grau de aderência das decisões de primeira instância aos precedentes e orientações jurisprudenciais, constituindo instrumento essencial de gestão judicial, que permite o diagnóstico da uniformidade decisória e da qualidade da prestação jurisdicional (Gico Junior; Arake, 2019).

A constatação de uma baixa taxa de reversibilidade nas decisões que determinaram a continuidade da cobertura contratual pelas operadoras de planos de saúde, fundamentadas tanto na legislação infraconstitucional quanto na tese fixada no Tema 1.082, permite delinear dois cenários interpretativos.

A primeira hipótese sugere que a probabilidade subjetiva de êxito recursal é reduzida, o que significa que as partes estão recorrendo mesmo diante de uma chance estatisticamente pequena de reversão. A segunda hipótese, de caráter mais institucional, aponta para uma elevada aderência dos magistrados de primeiro grau à orientação jurisprudencial consolidada, o que evidencia um quadro de estabilidade judicial, decorrente da harmonização entre os entendimentos das instâncias ordinárias e superiores.

Assim, a elevada taxa de êxito das demandas ajuizadas por beneficiários de planos de saúde, sobretudo em ações que visam garantir a continuidade da assistência médica, é melhor compreendida quando se verifica a fundamentação jurisprudencial e o entendimento consolidado em cada uma das Turmas Cíveis do TJDFT. Nesse contexto, passa-se à análise sistematizada dos 31 acórdãos, organizados de acordo com a respectiva Turma Cível.

Na **Primeira Turma Cível**, foram localizados três acórdãos: em dois deles, reconheceu-se a licitude da rescisão unilateral; no terceiro, entendeu-se pela abusividade do cancelamento do plano. Os acórdãos que reconheceram a licitude da rescisão se fundamentaram no entendimento de que as normas atinentes à notificação prévia e à oferta de plano para migração foram observadas e de que o TEA, por si só, não é condição de saúde enquadrável no Tema 1.082 do STJ. O acórdão que reconheceu a abusividade da rescisão unilateral se fundamentou na falta de notificação prévia e no reconhecimento de que o autismo se enquadra no Tema 1.082 do STJ, impondo a continuidade do tratamento.

Acórdão	Classe	Assunto	Decisão	Resultado	DJe
1926484	APC	Consumidor	Reconhece a licitude da rescisão contratual (notificação prévia e oferta de portabilidade) e não aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	30/10/2024
1890307	APC	Consumidor	Reconhece a licitude da rescisão contratual (notificação prévia regular e oferta de plano de saúde para migração)	Negado provimento	26/07/2024
1794356	APC	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia) e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	15/12/2023

Na **Segunda Turma Cível**, foram localizados quatro acórdãos: em três deles, reconheceu-se a abusividade da rescisão unilateral, considerando-se a falta de notificação prévia e o enquadramento do TEA no Tema 1.082 do STJ, em razão da necessidade de continuidade do tratamento; no quarto acórdão, reconheceu-se a abusividade da rescisão unilateral com fundamento na ausência de notificação prévia, falta de oferta de plano equivalente para migração e enquadramento do TEA no Tema 1.082.

Acórdão	Classe	Assunto	Decisão	Resultado	DJe
1946822	AGI	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia) e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	05/12/2024
1919019	AGI	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia) e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	27/09/2024
1915332	AGI	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia) e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	11/09/2024
1908957	AGI	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia e de oferta de plano de saúde para migração ou portabilidade) e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	03/09/2024

Na **Terceira Turma Cível**, foram localizados dois acórdãos. O primeiro reconheceu a abusividade da rescisão por três fundamentos: falta de notificação prévia, ausência de oferta de plano de saúde equivalente para migração e conclusão de que o TEA é condição de saúde que demanda tratamento contínuo. O segundo acórdão concluiu que a rescisão foi abusiva, pois o TEA é condição de saúde que se enquadra no Tema 1.082 do STJ.

Acórdão	Classe	Assunto	Decisão	Resultado	DJe
1933893	AGI	Consumidor	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia e de oferta de plano de saúde para migração) e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Provido	07/11/2024
1933921	AGI	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual por entender que o Tema 1.082 é aplicável ao beneficiário com TEA	Negado provimento	30/10/2024

Na **Quarta Turma Cível**, foram encontrados dois acórdãos divergentes. Um reconheceu a abusividade da rescisão em razão da falta de notificação prévia e da necessidade de tratamento contínuo para pessoas com TEA. O outro acórdão considerou lícita a rescisão do contrato, entendendo que o autismo não se enquadra automaticamente no Tema 1.082 do STJ.

Acórdão	Classe	Assunto	Decisão	Resultado	DJe
1943475	APC	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia) e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	25/11/2024
1931801	AGI	Plano de saúde	Reconhece a licitude da rescisão contratual (notificação prévia e oferta de plano de saúde para migração com portabilidade de carência) e não aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Provido	06/11/2024

Na **Sexta Turma Cível**, foram analisados sete acórdãos. Em seis foi reconhecida a abusividade da rescisão unilateral e aplicado o Tema Repetitivo 1.082 do STJ. Um acórdão reconheceu a licitude da rescisão por entender que a operadora de plano de saúde realizou a notificação prévia e ofertou plano de saúde para migração, sem cumprimento de prazo de carência.

Acórdão	Classe	Assunto	Decisão	Resultado	DJe
1957566	APC	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia e de oferta de plano de saúde para migração) e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	31/01/2025
1957631	APC	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de oferta de plano de saúde para migração) e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	31/01/2025
1931022	AGI	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia e de oferta de portabilidade) e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	16/10/2024
1924820	AGI	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia e de oferta de portabilidade) e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	2/10/2024
1873098	AGI	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	17/06/2024
1823344	APC	Plano de saúde	Reconhece a licitude da rescisão contratual (notificação prévia e oferecimento de plano de saúde para migração, sem cumprimento de prazo de carência)	Provido	0/03/2024
1767448	AGI	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	25/10/2023

Na **Sétima Turma Cível**, foram localizados quatro acórdãos. Em três deles, reconheceu-se a existência de abusividade na rescisão unilateral, ao passo que um acórdão concluiu pela validade da rescisão, sob o fundamento de que a operadora de plano de saúde realizou a notificação prévia e de que a extinção da relação contratual foi precedida da oferta de plano de saúde coletivo para migração, sem a exigência de cumprimento de novo prazo de carência.

Acórdão	Classe	Assunto	Decisão	Resultado	DJe
1933134	APC	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia) e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	22/10/2024
1891885	APC	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de oferta de plano de saúde para migração) e aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	25/07/2024
1798346	AGI	Consumidor	Reconhece a licitude da rescisão contratual (notificação prévia e oferta de plano de saúde para migração, sem cumprimento de prazo de carência) e não aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	09/01/2024
1777624	AGI	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de oferta de portabilidade) e aplica o Tema 1.082 do STJ	Negado provimento	20/11/2023

Na **Oitava Turma Cível**, foram analisados nove acórdãos, sendo, portanto, a turma com o maior número de decisões sobre a temática. No resultado da pesquisa, verificou-se que seis acórdãos reconheceram a licitude da rescisão unilateral, sob o entendimento de que o autismo não é condição de saúde enquadrável no Tema 1.082 do STJ. Em dois acórdãos, a rescisão foi considerada abusiva, com fundamento na ausência de notificação prévia e na inexistência de oferta de plano equivalente para migração com portabilidade de carências. Em um acórdão foi reconhecida a abusividade da rescisão contratual não só em razão da ausência de notificação prévia e da inexistência de oferta de plano equivalente para migração, mas também em face do enquadramento do TEA no Tema 1.082 do STJ.

Acórdão	Classe	Assunto	Decisão	Resultado	DJe
1946400	APC	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia), determina a oferta de portabilidade e não aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Provimento parcial	29/11/2024
1943746	APC	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia e de oferta de plano de saúde para migração) e não aplica o Tema 1.082 do STJ ao beneficiário com TEA	Provimento parcial	27/11/2024
1943686	APC	Consumidor	Reconhece a licitude da rescisão contratual e não aplica o Tema 1.082 STJ ao beneficiário com TEA	Negado provimento	26/11/2024
1909400	AGI	Consumidor	Estende a vigência do contrato pelo prazo mínimo de sessenta dias diante da ausência de notificação prévia e não aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	30/08/2024
1909416	AGI	Consumidor	Reconhece a licitude da rescisão contratual (notificação prévia) e não aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	29/08/2024
1891548	APC	Plano de saúde	Reconhece a licitude da rescisão contratual (notificação prévia e oferta de portabilidade) e não aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Provido	6/07/2024
1873701	AGI	Plano de saúde	Reconhece a abusividade da rescisão contratual (ausência de notificação prévia e de oferta de plano de saúde para migração) e aplica o Tema 1.082 do STJ ao beneficiário com TEA	Negado provimento	21/06/2024
1851779	APC	Consumidor	Reconhece a licitude da rescisão contratual (notificação prévia e oferta de portabilidade) e não aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	07/05/2024
1744571	AGI	Consumidor	Reconhece a licitude da rescisão contratual (notificação prévia e oferta de portabilidade) e não aplica o Tema 1.082 ao beneficiário com TEA	Negado provimento	8/08/2023

A presente pesquisa segue uma agenda em desenvolvimento e representa um esforço em investigar as causas da judicialização da saúde suplementar e suas características, isso para melhor entender como a conduta das operadoras de planos de saúde, na gestão do acesso à saúde, repercute na atuação judicial.

O estudo apresenta e discute dados relevantes sobre a rescisão unilateral de contratos de planos de saúde ao mostrar que treze acórdãos validaram a rescisão unilateral, seja pelo fato de a operadora de plano de saúde ter cumprido as normas aplicáveis ao setor, seja pelo entendimento de que o autismo não é agravo de saúde cuja continuidade do tratamento se faz necessária para garantir a sobrevivência ou a incolumidade física do paciente, mas sim condição permanente.

Constata-se, por outro lado, que, em dezoito das 31 decisões analisadas, houve a aplicação do Tema 1.082 do STJ para justificar a manutenção do vínculo contratual do beneficiário com TEA com a operadora de plano de saúde.



CONCLUSÃO

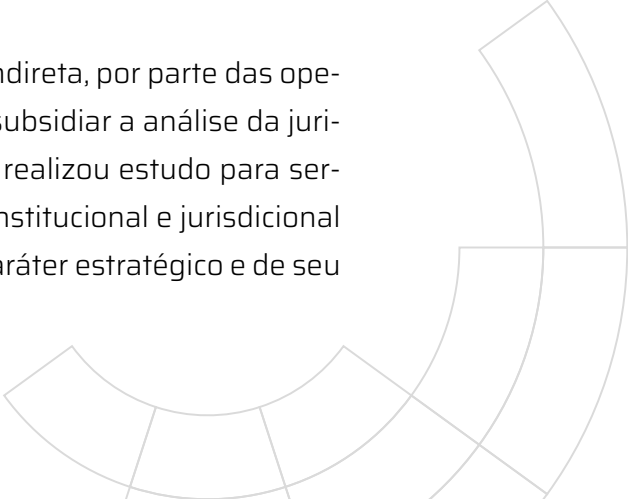
A presente nota técnica, baseada nos estudos realizados no Processo Administrativo SEI 16.244/2024, foi concebida com o objetivo de estabelecer um repositório normativo e jurisprudencial estruturado acerca do cancelamento unilateral dos contratos de planos de saúde privados, com ênfase em pessoas com TEA.

Em 2024, foram propostas sete ações de natureza coletiva com o intuito de coibir o cancelamento unilateral de planos de saúde coletivos com número considerável de beneficiários com TEA, sendo três delas ajuizadas no TJDF.

Essas ações foram abarcadas pelo Conflito de Competência 206.082/RJ, suscitado por uma das operadoras de saúde réis perante o STJ, no qual se questionaram a multiplicidade de decisões judiciais proferidas sobre a questão e a suposta inobservância das teses lançadas no Tema Repetitivo 1.082 da Corte Cidadã, levando o ministro relator a fixar a competência do Juízo Federal da 27ª Vara do Rio de Janeiro - SJ/RJ para decidir as medidas urgentes, com esteio no Enunciado 498 da Súmula do STJ.

Atento a essa movimentação, o CIJDF oficiou à Senacon, que, em resposta, encaminhou dados corroborando um aumento expressivo no número de cancelamentos unilaterais de planos de saúde coletivos nos primeiros meses de 2024. À época, tomou-se conhecimento da proposição do Projeto de Lei 3.229/2024 no Senado Federal, com o objetivo de alterar o art. 5º da Lei 12.764/2012, de modo a vedar, entre outras condutas, o cancelamento unilateral, pela operadora, de contratos de planos individuais e coletivos de saúde envolvendo beneficiários com TEA.

Diante da hipótese de seleção de riscos, ainda que indireta, por parte das operadoras e com o intuito de trazer informações para subsidiar a análise da juridicidade ou injuridicidade dessas condutas, o CIJDF realizou estudo para servir de suporte técnico-jurídico para a interpretação institucional e jurisdicional das normas que regem a temática, em face de seu caráter estratégico e de seu potencial de repetitividade.



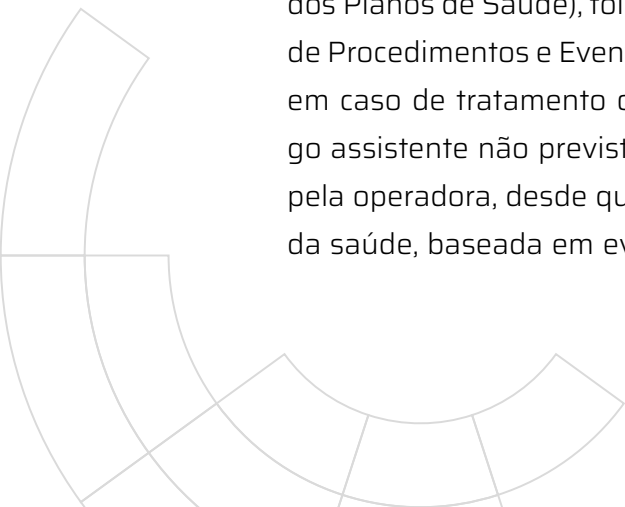
O direito fundamental à saúde é assegurado pela Constituição Federal de 1988, que estabelece que o Estado deve atuar de forma positiva, por meio de políticas sociais e econômicas, para garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, prestados de forma direta ou por meio de terceiros, de modo a reduzir o risco de doença e de outros agravos, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (arts. 196 e 197).

Além de dispor sobre a implementação do SUS e seu caráter descentralizado, a CF autoriza a iniciativa privada a atuar no seguimento da assistência à saúde suplementar, sendo essa atuação objeto de regulação, normatização, controle e fiscalização pela ANS, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde e criada sob regime especial pela Lei 9.961/2000, com o objetivo de assegurar o equilíbrio das relações entre as operadoras de planos de saúde e os consumidores/usuários, bem como garantir a qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar.

No ordenamento jurídico brasileiro, os contratos de plano de saúde são regidos pela Lei 9.656/1998. Ao referido diploma submetem-se as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos e seguros de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Em meio a diversas disposições, a Lei 9.656/1998 institui o plano-referência de assistência à saúde, com especificação das coberturas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, atualmente objeto da Resolução Normativa 465/2021.

Após as alterações promovidas pela Lei 14.454/2022 na Lei 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), foi corroborada a natureza básica e não taxativa do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sendo estabelecido que, em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente não previsto no referido rol, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora, desde que exista comprovação de eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico, ou existam



recomendações da Conitec, ou de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional.

Logo, a despeito de atrelar a amplitude das coberturas à edição de um rol de referência básico de procedimentos, a Lei 9.656/1998 não deixa de assegurar que a assistência à saúde compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos da lei e o contrato firmado entre as partes (art. 35-F).

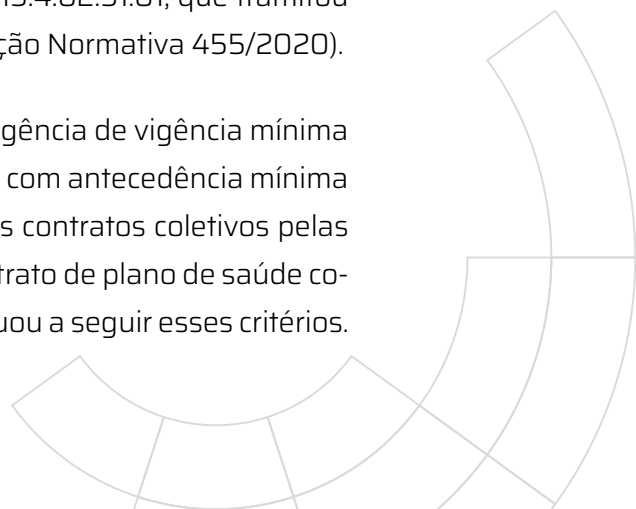
A Lei 9.656/1998 prevê, em seu art. 16, inciso VII, três regimes de contratação de planos de saúde: o individual ou familiar, o coletivo empresarial e o coletivo por adesão, atualmente regulados pela Resolução Normativa ANS 557/2022, que dispõe sobre a classificação e as características dos planos privados de assistência à saúde.

As regras para a rescisão ou o cancelamento dos planos de saúde variam conforme a modalidade de contratação e suas condições devem estar expressamente previstas no instrumento contratual.

Nos termos do parágrafo único do art. 13 da Lei 9.656/1998, a rescisão de plano de saúde individual ou familiar, cuja vigência mínima é de um ano, pode ser realizada pela operadora somente em casos de fraude ou inadimplência, após a notificação prévia do beneficiário, sendo vedada durante a ocorrência de internação do titular.

A rescisão de plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão, que seguia regimento semelhante, sofreu alterações após a declaração de nulidade do parágrafo único do art. 17 da Resolução Normativa 195/2009 pela sentença proferida nos autos da Ação Civil Pública 0136265-83.2013.4.02.51.01, que tramitou perante a 18ª Vara Federal do Rio de Janeiro (Resolução Normativa 455/2020).

Em consequência, deixaram de ser obrigatórias a exigência de vigência mínima de doze meses e a necessidade de notificação prévia com antecedência mínima de sessenta dias para fins de rescisão imotivada dos contratos coletivos pelas operadoras de planos de saúde, com exceção do contrato de plano de saúde coletivo firmado com empresário individual, que continuou a seguir esses critérios.



Ao revogar as Resoluções Normativas 195/2009 e 455/2020, a Resolução Normativa ANS 557/2022 reforçou a necessidade de que as condições de rescisão ou suspensão contratual sejam claramente especificadas nas cláusulas do instrumento (art. 23).

Independentemente das alterações normativas promovidas pela ANS, os contratos coletivos devem respeitar as diretrizes gerais do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor, permanecendo necessária a notificação prévia dos beneficiários, diretamente pelas operadoras de planos de saúde, nas hipóteses de rescisão contratual, de modo a evitar a descontinuidade abrupta do serviço.

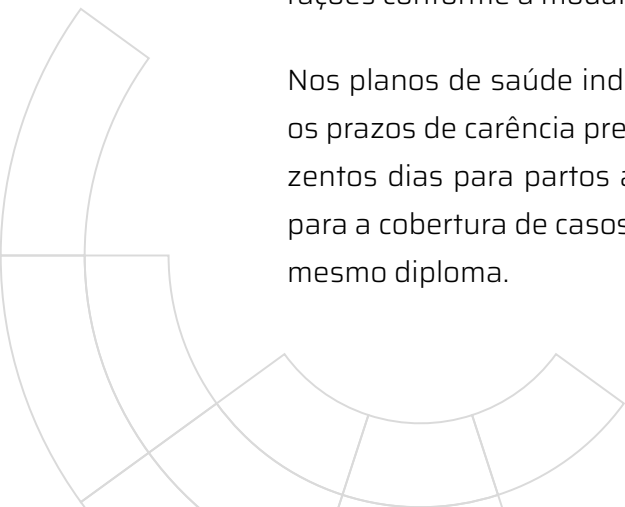
Nesse ponto, cumpre destacar ainda que o STJ tem entendimento reiterado no sentido de que os planos de saúde coletivos com poucos beneficiários, apelidados de “falsos coletivos”, submetem-se a regras análogas aos dos planos individuais, exigindo-se motivação idônea para fins de rescisão, questão essa afetada pela Segunda Seção ao Tema Repetitivo 1.047, ainda pendente de julgamento.

A Resolução Normativa ANS 557/2022 também dispõe sobre a exclusão pontual de beneficiários dos contratos de plano de saúde pela pessoa jurídica estipulante ou pela operadora de plano de saúde, medida que não se confunde com a rescisão do contrato, já que consiste apenas em sua modificação parcial.

As solicitações de cancelamento do plano individual ou familiar e de exclusão do contrato coletivo feitas diretamente pelos beneficiários, por sua vez, são reguladas pela Resolução Normativa ANS 561/2022.

O regime de carência, instituto cuja finalidade é a de preservar a lógica de aleatoriedade e o equilíbrio atuarial dos contratos de planos de saúde, sofre alterações conforme a modalidade de plano de saúde contratada.

Nos planos de saúde individuais ou familiares, aplicam-se, como regra geral, os prazos de carência previstos no art. 12 da Lei 9.656/1998, quais sejam: trezentos dias para partos a termo; 180 dias para os demais casos e 24 horas para a cobertura de casos de urgência e emergência, definidos no art. 35-C do mesmo diploma.



Os planos de saúde coletivos, por seu turno, apresentam especificidades próprias, constantes da Resolução Normativa ANS 557/2022.

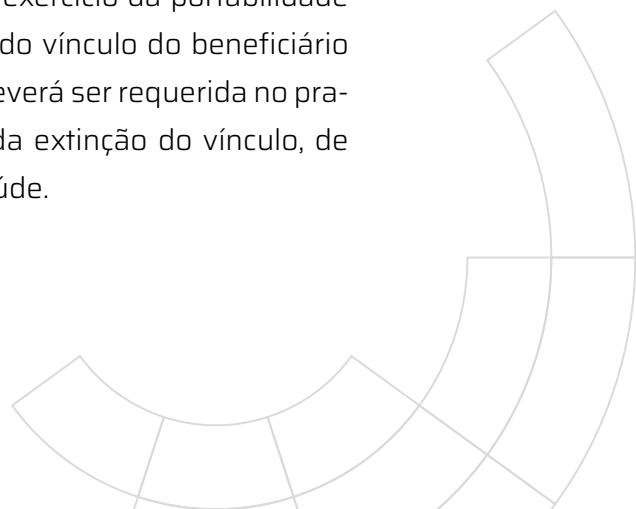
Consoante o art. 6º dessa resolução, no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Já o art. 17 da resolução estipula que, no plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou que, vinculando-se posteriormente, o faça dentro do prazo de trinta dias contados da data de cada aniversário do contrato.

Por seu turno, a Resolução Normativa RN 438/2018 admite que o beneficiário de plano de saúde opte pela portabilidade de carências, mecanismo que permite a migração para outro plano – individual, familiar ou coletivo – sem necessidade de cumprimento de novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária, desde que atendidos simultaneamente os requisitos previstos em seu art. 3º.

É importante destacar que a portabilidade deve ser exercida de forma individual por cada beneficiário (art. 4º) e que, se o plano de destino abranger coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, será admitida a exigência de carência exclusivamente para essas novas coberturas (art. 7º).

O art. 8º dessa resolução prevê a possibilidade de exercício da portabilidade de carências também em decorrência da extinção do vínculo do beneficiário com a operadora. Nessa hipótese, a portabilidade deverá ser requerida no prazo de sessenta dias, a contar da data da ciência da extinção do vínculo, de modo a garantir a continuidade da assistência à saúde.



O art. 21 frisa que, por ocasião do exercício do direito à portabilidade de carências, não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde e não caberá alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes, salvo se o plano de destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem.

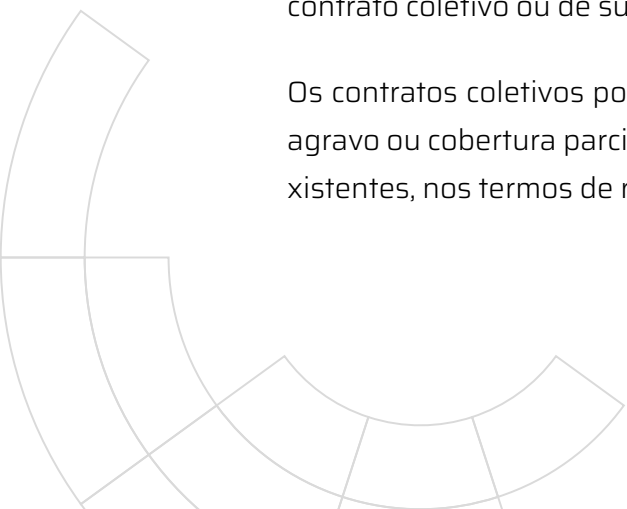
Por fim, a Resolução CONSU 19/1999, ainda vigente, estabelece que, nas hipóteses de cancelamento de planos coletivos empresariais ou por adesão, as operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que também ofertem plano na modalidade individual ou familiar deverão disponibilizá-lo ao universo de beneficiários do plano coletivo rescindido, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

A exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano de saúde após 24 meses de vigência do instrumento contratual é vedada pelo art. 11 da Lei 9.656/1998, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração de conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Verificada doença ou lesão preexistente, a Resolução Normativa ANS 557/2022 admite, em seu art. 4º, a presença de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária no contrato de plano de saúde individual ou familiar, bem como a exigência de cumprimento dos prazos de carência nos termos da Lei 9.656/1998.

Em seu art. 7º, dispõe que, nos planos coletivos empresariais com trinta participantes ou mais, não é permitida a imposição de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Os contratos coletivos por adesão, por seu turno, poderão conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária na hipótese de doenças e lesões preexistentes, nos termos de resolução específica em vigor.



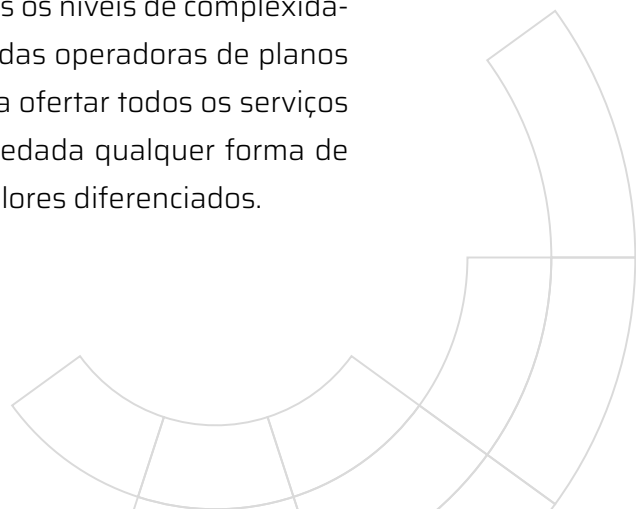
Destaca-se que a regulação de tratamento de doenças e lesões preexistentes pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde consta da Resolução Normativa ANS 558/2022, na qual são estipuladas as regras para a exigência de declaração de saúde com vistas à eventual fixação de cobertura parcial temporária ou imposição de agravo.

No que tange à vedação à seleção de riscos, o art. 14 da Lei 9.656/1998 estabelece que ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde, seja em razão de idade ou deficiência, vedação que se estende a qualquer modalidade de contratação, nos termos do enunciado da Súmula Normativa 27/2015 da ANS e do art. 22 da Resolução ANS 557/2022.

Contudo, a despeito das vedações expressas na legislação de regência quanto à seleção de riscos por parte das operadoras, idosos, pessoas com deficiência e pessoas com doenças raras, graves ou crônicas acabam assumindo uma posição de hipervulnerabilidade no contexto das relações de consumo afetas à prestação de serviços de saúde.

Enquanto a vulnerabilidade geral prevista no art. 4º, inciso I, do Código de Defesa do Consumidor é presumida e inerente a todos os consumidores, a hipervulnerabilidade caracteriza como uma condição específica, decorrente de circunstâncias pessoais de caráter permanente, como a deficiência.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituído pela Lei 13.146/2015 com base no texto da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, incorporados ao ordenamento jurídico interno com *status* de norma constitucional, por meio do Decreto Legislativo 186/2008 e do Decreto 6.949/2009, confere, em seus arts. 18 a 26, atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, tanto por intermédio do SUS, quanto por parte das operadoras de planos e seguros privados de saúde, que ficam obrigadas a ofertar todos os serviços e produtos dirigidos aos demais usuários, sendo vedada qualquer forma de discriminação, inclusive por meio de cobrança de valores diferenciados.



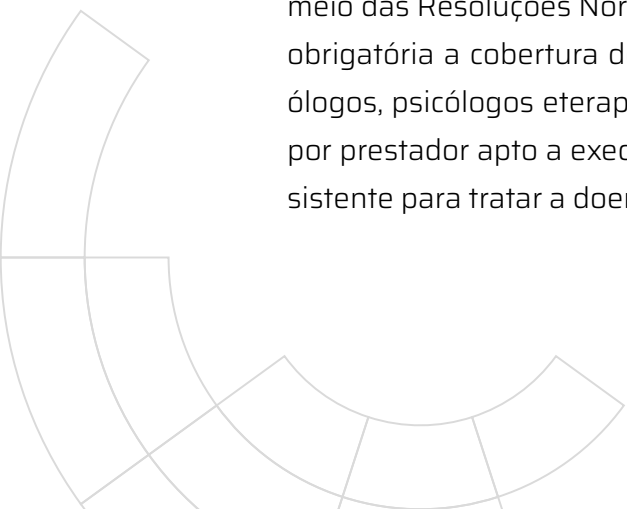
Antes mesmo da entrada em vigor do Estatuto da Pessoa com Deficiência, a Lei 12.764/2012 instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, condição neurológica que impacta o desenvolvimento social, comportamental e comunicativo do indivíduo.

O referido diploma assegura às pessoas com TEA o direito ao diagnóstico precoce, o acesso a tratamentos, terapias e medicamentos fornecidos pelo SUS, além de asseverar que essas pessoas não serão impedidas de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência.

De acordo com as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2014, a escolha do método a ser utilizado no tratamento do TEA deve ser feita de modo conjunto entre a equipe médica e a família do paciente.

Embora não exista protocolo clínico padronizado para acompanhamento do TEA em razão dos diversos níveis de manifestação da condição clínica abrangidos pelo espectro, técnicas como a Terapia Cognitivo-Comportamental, a Terapia ABA (*Applied Behavior Analysis*), o Método Denver ou ESDM (*Early Start Denver Model*), o Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (*Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children - TEACCH*) e Integração Sensorial são amplamente reconhecidas como eficazes no tratamento.

Entre julho de 2021 e junho de 2022, a ANS, visando ao incremento da assistência à saúde das pessoas com TGD e TEA, promoveu duas alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar por meio das Resoluções Normativas RN 469/2021 e ANS 539/2022, para tornar obrigatória a cobertura de sessões ilimitadas com fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, além da oferta de atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo de pacientes com essas condições.

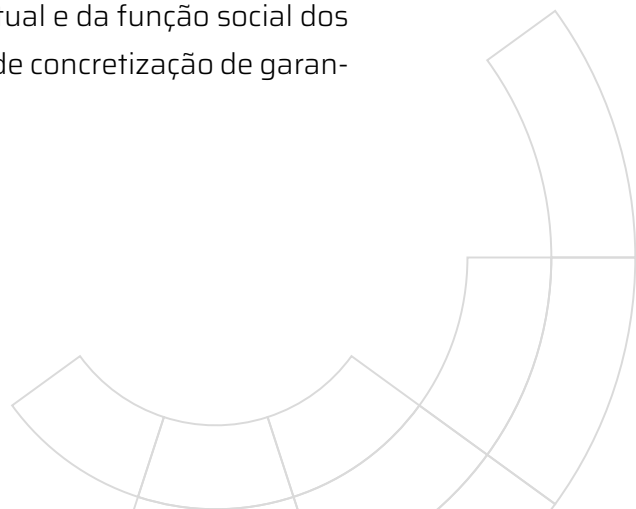


Em outubro de 2023, a ANS realizou a Audiência Pública 36 para coletar contribuições, da forma mais ampla possível, a fim de identificar os aspectos relevantes ao tema da assistência aos beneficiários com TEA na saúde suplementar, com vistas ao aprimoramento de sua atuação em relação à matéria.

De acordo com o relatório da audiência pública, o tratamento multidisciplinar continuado prescrito a pessoas com TEA primordialmente na primeira infância promove melhoras significativas na aquisição de habilidades e na qualidade de vida. Não obstante, o relatório aponta que as pessoas com TEA têm se deparado com desafios na prestação de serviços de assistência à saúde, como o cancelamento ilegal de contratos, o descredenciamento de clínicas sem substituição equivalente, a reavaliação imposta por juntas médicas, a discriminação no momento da contratação, dificuldades nos processos de reembolso e a falta de profissionais capacitados para acolher pacientes.

As falhas na cobertura, as negativas de atendimento e o cancelamento unilateral dos contratos por parte das operadoras de planos de assistência à saúde privados são, muitas vezes, justificados pela ausência de um plano terapêutico padronizado, com duração adequada, e de métricas precisas dos resultados dessas intervenções, bem como pela defesa de manutenção do equilíbrio atuarial e da sustentabilidade do mercado de saúde suplementar.

Nesse contexto, o arcabouço normativo de proteção às pessoas com TEA não é capaz de suplantar divergências interpretativas das normas aplicáveis aos contratos privados de assistência à saúde, o que tem provocado o aumento gradativo do ajuizamento de ações com vistas à obtenção de tratamento nos moldes recomendados por médicos assistentes e à própria manutenção dos vínculos contratuais, de modo a impor ao Poder Judiciário a tarefa de harmonizar a aplicação dos princípios da liberdade contratual e da função social dos contratos, tendo como pano de fundo a viabilidade de concretização de garantias fundamentais.



Sob esse aspecto, a jurisprudência do STJ tem cada vez mais reforçado a necessidade de que as decisões judiciais envolvendo questões de saúde – pública ou privada – encontrem robusto lastro técnico e, portanto, não sejam fundamentadas em sentimentalismo jurídico, desconsiderando as normas existentes no ordenamento jurídico.

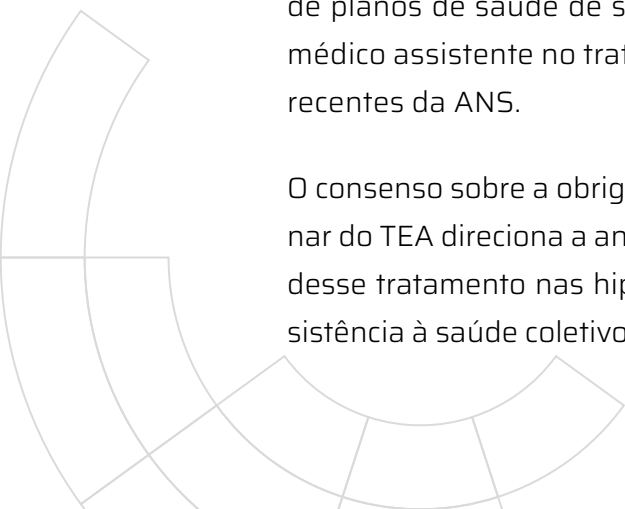
Dessa maneira, a Lei 9.656/1998 e as normas editadas pela ANS para regular seus diversos institutos, interpretadas em harmonia com os preceitos constitucionais e as disposições pertinentes do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor, devem servir de norte para a análise das cláusulas dos contratos de assistência à saúde e para a fundamentação das decisões judiciais sobre saúde suplementar.

Com o objetivo de estabelecer diretrizes para lidar com o aumento exponencial das ações relacionadas à saúde, o CNJ instituiu o Fonajus, cuja atribuição é elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, a fim de reforçar a efetividade dos processos judiciais e a prevenção de novos conflitos.

No que tange especificamente ao tratamento de pessoas com TEA, o Fonajus aprovou, entre 2023 e 2025, os Enunciados 105, 138, 139, 140 e 141, trazendo diretrizes aos magistrados relativas à verificação de adequação e pertinência dos tratamentos requeridos em juízo, à instrução adequada, ao acompanhamento da execução do tratamento e à promoção da conciliação nesses feitos.

As Turmas de Direito Privado do STJ, por seu turno, há muito vêm construindo jurisprudência ancorada na observância das normas do direito do consumidor, de modo a respaldar a obrigatoriedade de cobertura pelas operadoras de planos de saúde de sessões ilimitadas das terapias recomendadas pelo médico assistente no tratamento do TEA, indo ao encontro das normas mais recentes da ANS.

O consenso sobre a obrigatoriedade de cobertura do tratamento multidisciplinar do TEA direciona a análise para as consequências jurídicas da interrupção desse tratamento nas hipóteses de cancelamento unilateral do plano de assistência à saúde coletivo.



A Segunda Seção do STJ, ao apreciar o Tema 1.082 sob a sistemática dos recursos repetitivos, submeteu à análise questão jurídica consistente na possibilidade ou não de cancelamento unilateral – por iniciativa da operadora – de contrato de plano de saúde (ou seguro-saúde) coletivo enquanto pendente tratamento médico de beneficiário acometido de doença grave, ocasião em que firmou a tese de que a operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade da assistência à saúde ao usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou incolumidade física até a alta, mediante pagamento da contraprestação devida.

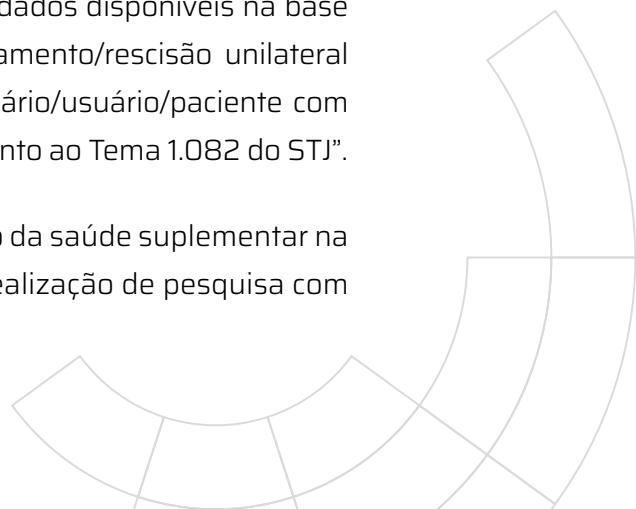
A decisão do STJ apresenta implicações importantes para consumidores/usuários com agravos de saúde que têm seus planos de assistência à saúde rescindidos unilateralmente e que precisem de tratamento contínuo, cuja interrupção possa ocasionar prejuízo terapêutico.

Assim, embora as condições de saúde dos pacientes que figuraram como partes nos recursos afetados ao Tema 1.082 sejam distintas do TEA, a invocação da tese então firmada tem sido recorrente entre os beneficiários de planos de saúde com autismo para assegurar a continuidade do tratamento multidisciplinar por ocasião da rescisão de plano coletivo.

Diante desse contexto, o estudo que deu ensejo a esta nota técnica abrangeu a realização de pesquisa sobre o perfil das demandas ajuizadas por beneficiários com TEA no âmbito do TJDFT, a fim de mapear, entre outros aspectos, a aplicação ou não do Tema 1.082 aos consumidores/usuários com TEA.

Para tanto, a COCIJDF formalizou solicitação à COSIST, direcionada ao NUTPU e ao NUEST, com o objetivo de extrair dados ou metadados disponíveis na base da plataforma PJe sobre “direito à saúde e cancelamento/rescisão unilateral de plano de saúde coletivo de consumidor/beneficiário/usuário/paciente com Transtorno do Espectro Autista - TEA e enquadramento ao Tema 1.082 do STJ”.

Com o intuito de coletar dados sobre a judicialização da saúde complementar na segunda instância, a COCIJDF solicitou à CODJU a realização de pesquisa com



o argumento “*plano de saúde (cancelamento ou rescisão ou rescisão unilateral (tea ou autista ou autismo))*”.

Após detida análise das amostras trazidas pelas mencionadas unidades técnicas, a consolidação dos dados qualitativos e quantitativos referentes às demandas judiciais envolvendo pessoas com TEA, no âmbito da saúde suplementar, evidenciam uma mudança significativa no perfil da judicialização no TJDF, especialmente a partir do ano de 2023.

Observa-se que, até então, predominavam as ações relativas ao fornecimento e continuidade de tratamento do TEA e, a partir desse marco temporal, com pico observado entre abril e maio de 2024, passaram a ganhar relevância os litígios centrados na rescisão unilateral de planos coletivos por parte das operadoras de planos de saúde.

A pesquisa demonstrou que a apreciação da legalidade da rescisão de contratos de planos de saúde envolvendo beneficiários com TEA é precipuamente pautada pela análise do cumprimento, pelas operadoras de planos de saúde, das normas editadas pela ANS sobre a Lei dos Planos de Saúde e das disposições do Código de Defesa do Consumidor, especialmente no que tange à exigência de notificação prévia, à oferta de plano de saúde para fins de migração e à observância das regras de portabilidade de carências.

A inobservância dessas obrigações contratuais e regulamentares têm sido fator determinante para o reconhecimento da abusividade das rescisões unilaterais em parcela significativa das decisões, independentemente da aplicação imediata do Tema Repetitivo 1.082 do STJ.

Paralelamente a isso, a pesquisa também evidenciou que, embora exista divergência entre as Turmas Cíveis do TJDF, há uma propensão majoritária, até o presente momento, de aplicação do Tema Repetitivo 1.082 aos consumidores/usuários com TEA, ao entendimento de que essa condição de saúde justifica a manutenção do vínculo contratual com a operadora de plano de saúde nas hipóteses de rescisão unilateral, sobretudo diante da necessidade de continuidade do tratamento multidisciplinar especializado.

Nesse cenário, os resultados do presente estudo podem oferecer subsídios para a formulação de estratégias institucionais voltadas à uniformização da jurisprudência, ao aperfeiçoamento da atuação preventiva e resolutive dos Centros de Inteligência e à orientação dos atores do sistema de justiça, contribuindo, assim, para a concretização do direito à saúde, a proteção de grupos hipervulneráveis e a racionalidade da atuação jurisdicional.



DIRETRIZES

Ante todo o exposto, o CIJDF sugere:

1. aos magistrados, que observem, ao analisarem demandas relacionadas ao tratamento do TEA e ao cancelamento unilateral de planos de saúde individuais ou coletivos de beneficiários com essa condição:
 - 1.1 as resoluções normativas da ANS aplicáveis ao caso concreto e atualmente vigentes, especialmente a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU 19, de 25 de março de 1999, a Súmula Normativa 27, de 10 de junho de 2015 da ANS, a Resolução Normativa 438, de 3 de dezembro de 2018, a Resolução Normativa 465, de 24 de fevereiro de 2021, a Resolução Normativa ANS 557, de 14 de dezembro de 2022, a Resolução Normativa ANS 558, de 14 de dezembro de 2022 e a Resolução Normativa ANS 561, de 15 de dezembro de 2022, atentando para eventual alteração superveniente ou revogação, de modo a assegurar a adequada fundamentação das decisões e sua conformidade com a legislação de regência;
 - 1.2 os Enunciados sobre Direito da Saúde aprovados pelo Fonajus sobre a temática, especialmente os de números 105, 138, 139, 140 e 141;
 - 1.3 a necessidade de cadastrar nos autos a prioridade na tramitação “Pessoa com autismo”;
2. o encaminhamento da presente nota técnica, por meio do Gabinete da Corregedoria, a todos os magistrados do primeiro grau, especialmente aos que atuam em ofícios judiciais de competência cível;
3. o encaminhamento da presente nota técnica, por meio do Gabinete da Presidência, a todos os desembargadores e juízes de direito substitutos em segundo grau;
4. o encaminhamento da presente nota técnica aos servidores do TJDF, por meio da COCIJDF;

- 5.** o encaminhamento da presente nota técnica ao Centro de Inteligência do Poder Judiciário - CIPJ, para ciência e providências, em atenção ao art. 2º, inciso VII, da Resolução 349, de 23 de outubro de 2020 do CNJ;
- 6.** o encaminhamento da presente nota técnica à Secretaria Nacional do Consumidor, vinculada ao Ministério da Justiça e Segurança Pública;
- 7.** o encaminhamento da presente nota técnica ao ministro Humberto Martins, relator do Conflito de Competência 206.082/RJ, que tramita na Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça;
- 8.** o encaminhamento da presente nota técnica ao ministro Antônio Carlos Ferreira, relator dos Recursos Especiais 2.167.050/SP e 2.153.672/SP, em tramitação na Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, afetados ao Tema Repetitivo 1.295;
- 9.** a realização de *webinar* para debater o tema.



REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Conselho de Saúde Suplementar. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 19, de 25 de março de 1999. Dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 mar. 1999. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=Mjg3>. Acesso em: 24 mar. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa 195, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jul. 2009. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ10A==>. Acesso em: 20 mar. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Diretoria Colegiada. Súmula Normativa nº 27, de 10 de junho de 2015. É vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de plano de saúde na contratação de qualquer modalidade de plano privado de assistência à saúde. Nas contratações de planos coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros. A vedação se aplica à contratação e exclusão de beneficiários. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jun. 2015. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=Mjk5NA==>. Acesso em: 24 mar. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa 438, de 3 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, revoga a Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária, e revoga os artigos 1º, 3º, 4º e 7º e o §2º do artigo 9º, todos da RN nº 252, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 dez. 2018. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MzY1NA==>. Acesso em: 24 mar. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa 455, de 30 de março de 2020. Dispõe sobre a anulação do parágrafo único do art. 17, da Resolução Normativa 195, de 14 de julho de 2009, em cumprimento a determinação judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 mar. 2020. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=Mzg2NQ==>. Acesso em: 24 mar. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa 465, de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as

diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 mar. 2021. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDaZMw==>. Acesso em: 20 mar. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa 469, de 9 de julho de 2021. Altera a Resolução Normativa - RN 465, de 24 de fevereiro de 2021, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para o tratamento/manejo do Transtorno do Espectro Autista (TEA). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 jul. 2021. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDA2Mg==>. Acesso em: 23 abr. 2025.

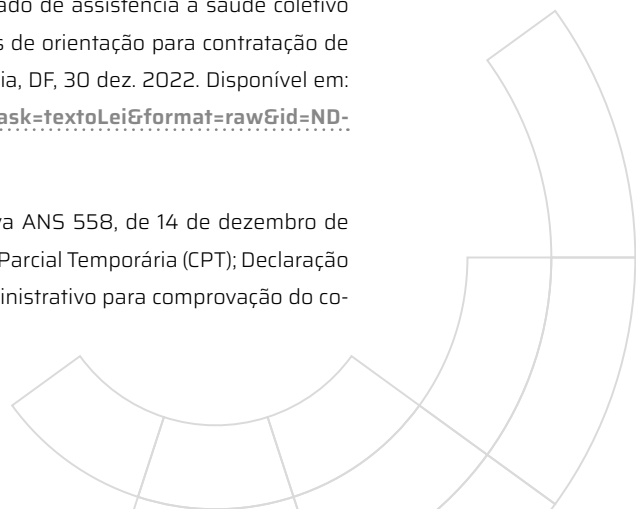
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Nota Técnica nº 1/2022/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO. **Processo nº 33910.019120/2022-91**, Brasília, 22 de jun. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/noticias/pdfs-para-noticias/NotaTcnica1.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa ANS 539, de 23 de junho de 2022. Altera a Resolução Normativa - RN 465, de 24 de fevereiro de 2021, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtorno do espectro autista e outros transtornos globais do desenvolvimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jun. 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=ND11Ng==>. Acesso em: 23 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa ANS 541, de 11 de julho de 2022. Altera a Resolução Normativa - RN 465, de 24 de fevereiro de 2021, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para alterar os procedimentos referentes aos atendimentos com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas e revogar suas diretrizes de utilização. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDI2NA==>. Acesso em: 23 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa ANS 557, de 14 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação, dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e dispõe sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyOQ==>. Acesso em: 20 mar. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa ANS 558, de 14 de dezembro de 2022. Dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde; Carta de Orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do co-



nhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=ND-MzMA==>. Acesso em: 24 mar. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa ANS 561, de 15 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMzMw==>. Acesso em: 14 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório da Audiência Pública nº 36**: Transtornos Globais de Desenvolvimento (TGD), incluindo o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Brasília: ANS, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/http-answeb-producao-administrador-9c990ba54f978eb173ed9241dfce1a20/35/20240306_RELATORIO_FINAL_AUDIENCIA_PUBLICA_N_36_TEA.pdf/view. Acesso em: 23 abr. 2025.

AMORIM JÚNIOR, Roberto Dutra de. **Limitação quantitativa e qualitativa abusiva do contrato de plano de saúde na ótica da hipervulnerabilidade da pessoa com o transtorno do espectro autista**. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal de Pernambuco. Recife: 2024, p. 59 e 63. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/57754>. Acesso em: 2 jun. 2025.

ANS debate assistência aos beneficiários com Transtornos Globais de Desenvolvimento. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sociedade/ans-debate-assistencia-aos-beneficiarios-com-transtornos-globais-de-desenvolvimento>. Acesso em: 23 abr. 2025.

Assembleia Geral da ONU. (1948). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. (217 [III] A). Paris. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 14 nov. 2024.

BARROSO, Luís Roberto Barroso. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. *In: (Syn) thesis*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 24, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/synthesis/article/view/7433/5388>. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 14 mar. 2025.

BRASIL. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jul. 1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 8 nov. 2024.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm. Acesso em: 8 abr. 2025.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 8 nov. 2024.

BRASIL. Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014. Regulamenta a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 dez. 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/Decreto/D8368.htm. Acesso em: 8 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm. Acesso em: 17 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 14 mar. 2025.

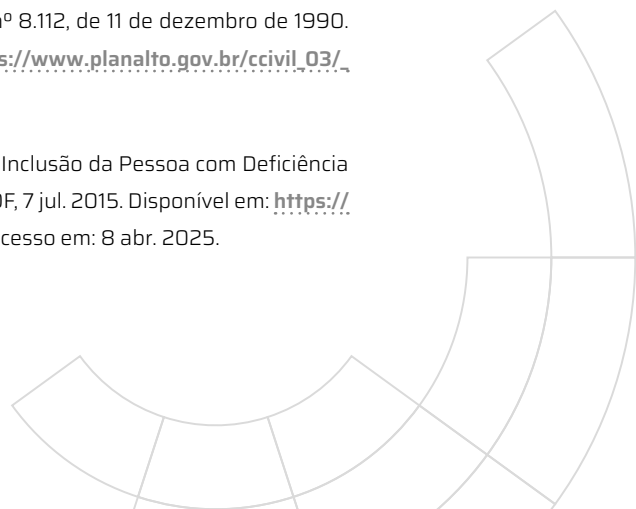
BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 17 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 14 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 28 mai. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 6 de julho de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 8 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 8 abr. 2025.



BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/14454.htm. Acesso em: 24 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional do Consumidor. **OFÍCIO Nº 695/2024/GAB-SENACon/SENACon/MJ**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 25 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional do Consumidor. Nota Técnica nº 2/2024/CMM/CGEMM/DPDC/SENACon/MJ. **Processo Administrativo nº 08012.001178/2024-26**, Brasília, 8 de jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtorno do espectro autista**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 23 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria Conjunta nº 7 de 12 de abril de 2022**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20220419_portal-portaria_conjunta_7_comportamento_agressivo_tea.pdf. Acesso em: 23 abr. 2025.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei nº 3.229, de 19 de agosto de 2024. Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, para vedar que os planos privados de assistência à saúde adotem procedimentos administrativos para limitar ou prejudicar o atendimento multiprofissional prestado à pessoa com transtorno do espectro autista. **Secretaria de Apoio à Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor**. Brasília, DF, 19 set. 2024. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3229-2024>. Acesso em: 24 abr. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Corte Especial). SÚMULA nº 489. Reconhecida a continência, devem ser reunidas na Justiça Federal as ações civis públicas propostas nesta e na Justiça estadual. 28 jun. 2012. **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 1 ago. 2012. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?livre=489&operador=E&b=SUMU&tp=T>. Acesso em: 19 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Seção). SÚMULA nº 597. A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação. 8 nov. 2017. **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 20 nov. 2017. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?livre=597&operador=E&b=SUMU&tp=T>. Acesso em: 24 mar. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Corte Especial). SÚMULA nº 608. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. 11 abr. 2018. **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 17 abr. 2018. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?livre=608&operador=E&b=SUMU&tp=T>. Acesso em: 19 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Seção). EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL nº 1.692.594-SP. Relator: ministro Marco Aurélio Bellize, 12 fev. 2020, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 19 fev. 2020. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1912120&num_registro=201702057434&data=20200219&formato=PDF. Acesso em: 24 mar. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Seção). PROPOSTA DE AFETAÇÃO AO RITO DOS RECURSOS REPETITIVOS NO RECURSO ESPECIAL nº 1.841.692-MS. Relator: ministro Raul Araújo, 17 mar. 2020, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 26 mar 2020. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1923884&num_registro=201902968030&data=20200326&peticao_numero=20200011536&formato=PDF. Acesso em: 24 mar. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Seção). PROPOSTA DE AFETAÇÃO AO RITO DOS RECURSOS REPETITIVOS NO RECURSO ESPECIAL nº 1.856.311-SP. Relator: ministro Raul Araújo, 17 mar. 2020, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 26 mar 2020. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1923885&num_registro=202000027654&data=20200326&peticao_numero=20200011535&formato=PDF. Acesso em: 24 mar. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). RECURSO ESPECIAL nº 1.846.108-SP. Relatora: ministra Nancy Andrighi, 2 fev. 2021, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 5 fev. 2021. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201902172835&dt_publicacao=05/02/2021. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). RECURSO ESPECIAL nº 1.848.372-SP. Relator: ministro Luis Felipe Salomão, 2 fev. 2021, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 11 mar. 2021. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=2010152&num_registro=201900913929&data=20210311&formato=PDF. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL nº 1.864.001-RJ. Relator: ministro Moura Ribeiro, 11 out. 2021, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 14 out. 2021. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=137388241®istro_numero=202100892433&peticao_numero=202100708948&publicacao_data=20211014. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Seção). EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL nº 1.886.929-SP. Relator: ministro Luis Felipe Salomão, 8 jun. 2022, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 3 ago. 2022. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=160376796®istro_numero=202001916776&peticao_numero=&publicacao_data=20220803&formato=PDF. Acesso em: 24 mar. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Seção). EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL nº 1.889.704-SP. Relator: ministro Luis Felipe Salomão, 8 jun. 2022, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 3 ago. 2022. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=160387383®istro_numero=202002070605&peticao_numero=&publicacao_data=20220803&formato=PDF. Acesso em: 24 mar. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Seção). RECURSO ESPECIAL nº 1.842.751-RS. Relator: ministro Luis Felipe Salomão, 22 jun. 2022, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 1 ago. 2022. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201901455953&dt_publicacao=01/08/2022. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Seção). RECURSO ESPECIAL nº 1.846.123-SP. Relator: ministro Luis Felipe Salomão, 22 jun. 2022, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 1 ago. 2022. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201902014325&dt_publicacao=01/08/2022. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL nº 1.987.794-SC. Relator: ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, 28 nov. 2022, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 9 dez. 2022. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202200557530&dt_publicacao=09/12/2022. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). RECURSO ESPECIAL nº 2.043.003-SP. Relatora: ministra Nancy Andrighi, 21 mar. 2023, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 23 mar. 2023. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202203866750&dt_publicacao=23/03/2023. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL nº 1.969.846-SP. Relator: ministro Humberto Martins, 18 set. 2023, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 20 set. 2023. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202103383921&dt_publicacao=20/09/2023. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL nº 1.976.713-SP. Relator: ministro João Otávio de Noronha, 10 jun. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 12 jun. 2024. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202103901901&dt_publicacao=12/06/2024. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Seção). CONFLITO DE COMPETÊNCIA nº 206.082-RJ. Relator: ministro Humberto Martins, 25 jun. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 26 jun. 2024. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/dj/documento/mediado/?tipo_documento=documento&componente=MON&sequencial=252347184&tipo_documento=documento&num_registro=202402275538&data=20240626&formato=PDF. Acesso em: 19 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Seção). PROPOSTA DE AFETAÇÃO AO RITO DOS RECURSOS REPETITIVOS NO RECURSO ESPECIAL nº 2.153.672-SP. Relator: ministro Antonio Carlos Ferreira, 19 nov. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 26 nov. 2024. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202303931670&dt_publicacao=26/11/2024. Acesso em: 22 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Seção). PROPOSTA DE AFETAÇÃO AO RITO DOS RECURSOS REPETITIVOS NO RECURSO ESPECIAL nº 2.167.050-SP. Relator: ministro Antonio Carlos Ferreira, 19 nov. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 26 nov. 2024. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202403248613&dt_publicacao=26/11/2024. Acesso em: 22 mai. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE nº 7.088/DF. Relator: ministro Roberto Barroso, 10 nov. 2022, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 9 jan. 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15355465921&ext=.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE nº 7.193/DF. Relator: ministro Roberto Barroso, 10 nov. 2022, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 9 jan. 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15355465930&ext=.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL nº 986/DF. Relator: ministro Roberto Barroso, 10 nov. 2022, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 9 jan. 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15355465929&ext=.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL nº 990/DF. Relator: ministro Roberto Barroso, 10 nov. 2022, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 9 jan. 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15355465932&ext=.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2025.

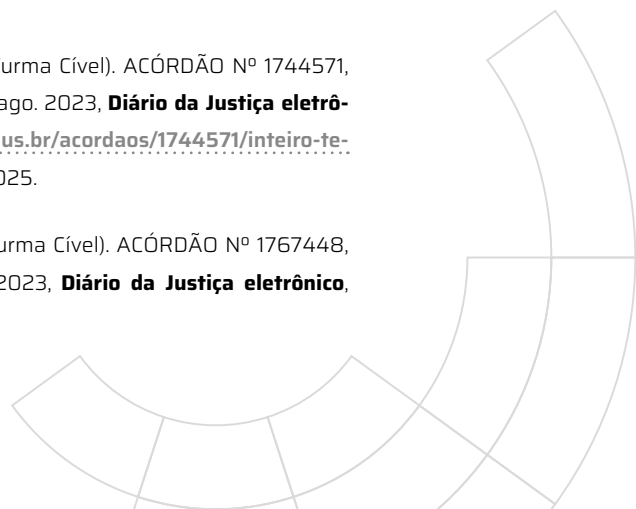
BRASIL. Tribunal de Justiça de Pernambuco. Centro de Inteligência da Justiça Estadual do Estado de Pernambuco. **Nota Técnica nº 09/2024**. Orientações aos(às) magistrados(as) para promoção de maior eficácia e celeridade aos processos relacionados ao tratamento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Recife, 2024. Disponível em: https://portal.tjpe.jus.br/c/document_library/get_file?uuid=493555a5-22fa-df5e-a4ba-c308a296951e&groupId=2720433. Acesso em: 27 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Portaria GPR nº 1.170 de 4 de junho de 2018. Institui no âmbito do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, o Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (NATJUS). **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 8 jun. 2018. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/publicacoes/publicacoes-oficiais/portarias-gpr/2018/portaria-gpr-1170-de-04-06-2018>. Acesso em: 16 maio. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. **Portaria Conjunta nº 140 de 5 de dezembro de 2022**. Estabelece a estrutura organizacional e as competências das unidades vinculadas à Primeira Vice-Presidência do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Brasília: dez. 2022. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/publicacoes/publicacoes-oficiais/portarias-conjuntas-gpr-e-cg/2022/portaria-conjunta-140-de-05-12-2022>. Acesso em: 16 maio. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (8. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1744571, 0722667-64.2023.8.07.0000. Relator: Des. Diaulas Costa Ribeiro, 15 ago. 2023, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 28 ago. 2023. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1744571/inteiro-teor/2b3e7457-f66d-49ad-9afb-9abb558dabc8>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (6. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1767448, 0729495-76.2023.8.07.0000. Relator: Des. Alfeu Machado, 11 out. 2023, **Diário da Justiça eletrônico**,



Brasília, DF, 25 out. 2023. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1767448/inteiro-teor/ecb29bd3-f852-49e0-b2a2-e7347a7c3dc4>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (7. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1777624, 0730952-46.2023.8.07.0000. Relatora: Des. Sandra Reves, 25 out. 2023, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 20 nov. 2023. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1777624/inteiro-teor/4ba-85490-d9b5-4c27-90b8-5836b869971d>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (7. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1798346, 0726315-52.2023.8.07.0000. Relator: Des. Mauricio Silva Miranda, 6 dez. 2023, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 9 jan. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1798346/inteiro-teor/32b-85633-a145-4803-ba04-ca5ab9bdb7cb>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (6. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1823344, 0735852-06.2022.8.07.0001. Relatora: Des. Vera Andrighi, 6 mar. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 30 mar. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1823343/inteiro-teor/cad0dd1c-36ed-479a-954b-4c7abd72ae45>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (8. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1851779, 0709104-40.2023.8.07.0020. Relator: Des. Diaulas Costa Ribeiro, 23 abr. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 7 mai. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1851779/inteiro-teor/16f-846da-429d-4970-95c0-1c14824d3ca4>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (1. Vara Cível). PROCESSO 0720060-41.2024.8.07.0001. Decisão interlocutória. ID 197637010. **Processo Judicial eletrônico**, Brasília, DF, 22 mai. 2024. Disponível em: <https://pje-consultapublica.tjdft.jus.br/consultapublica/ConsultaPublica/DetalheProcessoConsultaPublica/documentoSemLoginHTML.seam?ca=92d8aacdbf83a82a27724842253db-08fcb907a6eb8bed3399dc8341bd89332493700d600a91dfba1c58d7db1db14a0726d4d7ec65ead-f55&idProcessoDoc=197637010>. Acesso em: 19 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (20. Vara Cível). PROCESSO 0721121-34.2024.8.07.0001. **Processo Judicial eletrônico**, Brasília, DF, 27 mai. 2024. Disponível em: <https://pje-consultapublica.tjdft.jus.br/consultapublica/ConsultaPublica/DetalheProcessoConsultaPublica/listView.seam?ca=079f654de9b8d61d5d63e38131b13217a08a1d6e07c18f2d>. Acesso em: 19 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (6. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1873098, 0709340-18.2024.8.07.0000. Relatora: Des. Soníria Rocha Campos D'Assunção, 29 mai. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 17 jun. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1873098/inteiro-teor/8040b981-e8dc-477f-babc-e4a13a056bee>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (8. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1873701, 0715069-25.2024.8.07.0000. Relatora: Des. Carmen Bittencourt, 4 jun. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 21 jun. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1873701/inteiro-teor/f98c-0136-4522-404d-9f94-4b543c71b997>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (1. Vara Cível). PROCESSO 0722575-49.2024.8.07.0001. **Processo Judicial eletrônico**, Brasília, DF, 6 jun. 2024. Disponível em: <https://pje-con-sultapublica.tjdft.jus.br/consultapublica/ConsultaPublica/DetalheProcessoConsultaPublica/listView.seam?ca=5e864c5b92da24c55d63e38131b13217a08a1d6e07c18f2d>. Acesso em: 19 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Centro de Inteligência da Justiça do Distrito Federal. Ofício 4/2024/COIJDF. **Processo Administrativo SEI nº 0016.244/2024**. Brasília: Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, 13 jun. 2024.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (1. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1890307, 0728542-12.2023.8.07.0001. Relatora: Des. Diva Lucy de Faria Pereira, 10 jul. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 26 jul. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1890307/inteiro-teor/7f92c0bb-a5b3-41a4-b3cf-a73f6381b615>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (7. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1891885, 0718013-25.2023.8.07.0003. Relatora: Des. Sandra Reves, 15 jul. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 25 jul. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1891885/inteiro-teor/c6b7e-4a2-30a6-4b48-9ebb-3f5675910986>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (8. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1891548, 0737007-10.2023.8.07.0001. Relatora: Des. Carmen Bittencourt, 16 jul. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 26 jul. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1891548/inteiro-teor/ac1701c2-5260-47e4-9723-c9e3b2a0399f>. Acesso em: 30 mai. 2025.

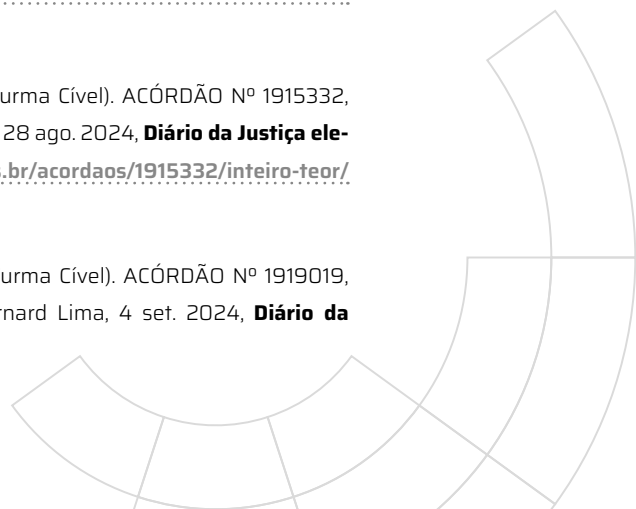
BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (2. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1908957, 0723228-54.2024.8.07.0000. Relator: Des. Alvaro Ciarlini, 14 ago. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 3 set. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1908957/inteiro-teor/641fa-a4b-7993-4ddc-b9bb-b2b41a828757>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (8. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1909400, 0717952-42.2024.8.07.0000. Relator: Des. Diaulas Costa Ribeiro, 20 ago. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 30 ago. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1909400/inteiro-teor/09cd8911-b08d-4c52-98ed-363fc6074988>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (8. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1909416, 0719865-59.2024.8.07.0000. Relator: Des. Diaulas Costa Ribeiro, 20 ago. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 29 ago. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1909416/inteiro-teor/584fecd5-342b-4b2a-ac87-495bb16ca5fb>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (2. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1915332, 0722392-81.2024.8.07.0000. Relator: Des. Hector Valverde Santana, 28 ago. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 11 set. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1915332/inteiro-teor/b39e35a7-1e51-492a-a443-76e5ab411f06>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (2. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1919019, 0728805-13.2024.8.07.0000. Relator: Des. Fernando Antonio Tavernard Lima, 4 set. 2024, **Diário da**



Justiça eletrônico, Brasília, DF, 27 set. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1919019/inteiro-teor/16b2e341-d028-4d6c-9faa-5e682cdbc114>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (1. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1794356, 0721993-02.2022.8.07.0007. Relator: Des. Carlos Alberto Martins Filho, 9 set. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 15 set. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1794356/inteiro-teor/9e8371b9-c3b6-46c5-aebc-8a9618cae442>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (6. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1924820, 0725623-19.2024.8.07.0000. Relator: Des. Arquibaldo Carneiro Portela, 18 set. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 2 out. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1924820/inteiro-teor/6327c137-9437-44c5-af03-d39b770b1c19>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (1. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1926484, 0735957-46.2023.8.07.0001. Relator: Des. Teófilo Caetano, 2 out. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 30 out. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1926484/inteiro-teor/148db3e-c-005e-4269-a360-b14a899e70c4>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (6. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1931022, 0730844-80.2024.8.07.0000. Relator: Des. Alfeu Machado, 2 out. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 16 out. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1931022/inteiro-teor/0f31e-d3e-6969-435e-a846-39790da0d883>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (4. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1931801, 0702964-16.2024.8.07.0000. Relator: Des. James Eduardo Oliveira, 3 out. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 6 nov. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/resultado?sinonimos=true&espelho=true&inteiroTeor=false&numeroAcordao=1931801>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (7. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1933134, 0738954-93.2023.8.07.0003. Relator: Des. Maurício Silva Miranda, 9 out. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 22 out. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1933134/inteiro-teor/1db47b00-6f15-4d88-9946-fd2fc3e29bd9>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (3. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1933921, 0726591-49.2024.8.07.0000. Relatora: Des. Maria de Lourdes Abreu, 10 out. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 30 out. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1933921/inteiro-teor/7f5597d6-a7cc-4a97-b55b-f8ab25e56e43>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (3. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1933893, 0721940-71.2024.8.07.0000. Relator: Des. Roberto Freitas Filho, 10 out. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 7 nov. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/resultado?sinonimos=true&espelho=true&inteiroTeor=false&numeroAcordao=1933893>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (8. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1943686, 0703013-36.2024.8.07.0007. Relator: Des. Diaulas Costa Ribeiro, 12 nov. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**

nico, Brasília, DF, 26 nov. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1943686/inteiro-teor/f8482b6a-22a3-445e-801d-cde405a14524>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (8. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1943746, 0709169-40.2024.8.07.0007. Relatora: Des. Carmen Bittencourt, 12 nov. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 27 nov. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1943746/inteiro-teor/a0e6d2ad-55d2-482a-93bd-3add8cda8894>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (4. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1943475, 0712880-71.2024.8.07.0001. Relator: Des. Aiston Henrique De Sousa, 19 nov. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 25 nov. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1943475/inteiro-teor/8f51534f-50c3-400f-a4ac-58cdfa5249bc>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (8. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1946400, 0706145-62.2024.8.07.0020. Relator: Des. Eustáquio de Castro, 19 nov. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 29 nov. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1946400/inteiro-teor/f2bd-c7e6-990c-4a9b-ac27-1456ff1c1bcd>. Acesso em: 30 mai. 2025.

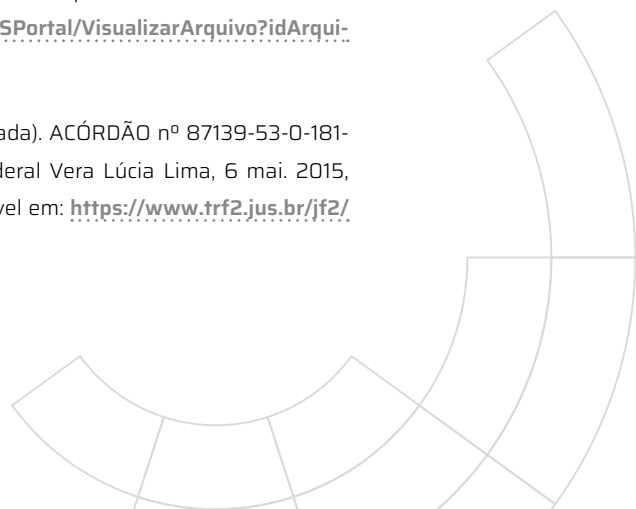
BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (2. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1946822, 0724639-35.2024.8.07.0000. Relator: Des. Renato Rodvalho Scussel, 19 nov. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 5 dez. 2024. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1946822/inteiro-teor/bec615e9-3062-44c8-84d3-4937f89685fd>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (6. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1957566, 0711839-51.2024.8.07.0007. Relatora: Des. Vera Andrighi, 18 dez. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 31 jan. 2025. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/resultado?sinonimos=true&espelho=true&inteiroTeor=false&numeroAcordao=1957566>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. (6. Turma Cível). ACÓRDÃO Nº 1957631, 0719825-84.2023.8.07.0009. Relatora: Des. Soníria Rocha Campos D'assunção, 18 dez. 2024, **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 31 jan. 2025. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1957631/inteiro-teor/f1d5e165-5f4d-4c25-aa29-7d66e508c906>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Centro de Inteligência da Justiça Estadual do Pará. **Nota Técnica nº 10/2024**. Belém, 2024. Adesão à Nota Técnica nº 09/2024 do Centro de Inteligência da Justiça do Estado de Pernambuco - CIJUSPE, que apresenta orientações aos(as) magistrados(as) para promoção de maior eficácia e celeridade aos processos relacionados ao tratamento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Disponível em: <https://www.tjpa.jus.br/CMSPortal/VisualizarArquivo?idArquivo=1661641>. Acesso em: 27 mai. 2025.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 2ª Região (8. Turma Especializada). ACÓRDÃO nº 87139-53-0-181-2-710144, PROCESSO 0136265-83.2013.4.02.51.01. Relatora Des. Federal Vera Lúcia Lima, 6 mai. 2015, **Diário de Justiça Eletrônico**, Rio de Janeiro, DF, 18 mai. 2015. Disponível em: <https://www.trf2.jus.br/jf2/aceso-aos-sistemas-processuais>. Acesso em: 24 mar. 2025.



BUCCI, Maria Paula D.; SEIXAS, Duarte C. **Judicialização da saúde - DIG**. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2017. E-book. p. 425. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788547211295/>. Acesso em: 6 dez. 2024.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes; MENDES, Gilmar Ferreira; SARLET, Ingo Wolfgang; STRECK, Lênio Luiz Streck (Coord). **Comentários à Constituição do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018, (Série IDP), p. 2027.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Estatísticas Processuais de Direito à Saúde. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: 27 mai. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução Nº 107, de 6 de abril de 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 7 abr. 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado1532332024090266d-5da919e936.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução Nº 349, de 23 de outubro de 2020. Dispõe sobre a criação do Centro de Inteligência do Poder Judiciário e dá outras providências. **Diário da Justiça eletrônico**, Brasília, DF, 17 out. 2020. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado1735542022010761d879fa92672.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Fórum Nacional da Justiça para a Saúde. **Enunciados sobre Direito da Saúde**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/05/enunciados-sobre-direito-da-saude-v1-2025-05-21.pdf>. Acesso em: 19 e 20 mai. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. VI Jornada Nacional de Direito da Saúde, Cuiabá, MT, jun. 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/agendas/vi-jornada-nacional-de-direito-da-saude/>. Acesso em 19 mai. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. VII Jornada Nacional de Direito da Saúde, Brasília, DF, abr. 2025. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/agendas/vii-jornada-de-direito-da-saude/>. Acesso em: 19 mai. 2025.

DORNELLES, Thauana Alves; TABARELLI, Liane. Considerações sobre a tutela constitucional da pessoa e da família na contemporaneidade: a terapia ocupacional como instrumento para concretização do direito à saúde de portadores do transtorno de espectro autista. *In*: **Revista Síntese**: Direito de Família, Porto Alegre, v. 24, n. 139, p. 77, ago./set. 2023.

DUARTE, Elisete; EBLE, Laetícia Jensen; GARCIA, Leila Posenato. 30 anos do Sistema Único de Saúde. Editorial. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/chVKtyVFqkm9PJyqNMsf5zx/>. Acesso em: 20 nov. 2024.

GICO JUNIOR, Ivo Teixeira; ARAKE, Henrique Haruki. Taxa de Recorribilidade, Taxa de Reversibilidade e Eficiência Judicial. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, v. 14, p. 1-23, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/31820/pdf>. Acesso em: 29 mai. 2025.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**: o novo regime das relações contratuais. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2020, p. 554.

MARQUES, Cláudia Lima; MIRAGEM, Bruno. **O novo direito privado e a proteção dos vulneráveis**. 1. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012, p. 189.

MATHIAS, Guilherme Valdetaro. O Código Civil e o Código do Consumidor na saúde suplementar. *In: Planos de saúde: aspectos jurídicos e econômicos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 108.

MAXIMILIANO, Carlos. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 23. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2022, p. 77.

Organização das Nações Unidas (ONU). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 16 mai. 2025.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. USP. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 8 nov. 2024.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e de Morbidade** - CID-11 (OMS/WHO) - jan. 2024. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/pt>. Acesso em: 8 nov. 2024.

PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Cláusulas relativas à cobertura de doenças, tratamentos de urgência e emergência e carências. *In: Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999, p. 93.

REZENDE, Paulo Roberto Vogel de. **Os contratos de plano de saúde e seu equilíbrio econômico-financeiro: mutualismo, cálculo atuarial e o impacto econômico das decisões judiciais**. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito Milton Campos. Nova Lima: 2011, p. 73-74. Disponível em: https://www2.iess.org.br/cms/rep/1lugardireito2012_voovdpuv.pdf. Acesso em: 2 jun. 2025.

SAMPAIO, Aurisvaldo. **Contratos de Plano de Saúde**. São Paulo. 1. ed. Revista dos Tribunais, 2010, p. 187.

SCHULZE, Clenio Jair. A nova judicialização da saúde. *In: GONÇALVES, Sandra Krieger (org.). Revista de Direito Sanitário da Comissão da Saúde: saúde e Ministério Público: desafios e perspectivas*. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público, 2020. n. 1, p. 73.

SCHULZE, Clenio Jair. Judicialização da saúde e novas possibilidades jurídicas. *In: Revista de Direito da Saúde Comparado*, v. 1, n. 1, p. 128, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unisa.br/index.php/direitosaude/article/view/397>. Acesso em: 3 jun. 2025.

SCHULZE, Clenio Jair. Judiciário e as crianças com TEA. **Empório do Direito**, nov. 2023. Disponível em: <https://emporiiododireito.com.br/leitura/judiciario-e-as-criancas-com-tea>. Acesso em: 2 dez. 2024.

Senacon notifica 20 operadoras de planos de saúde por cancelamentos de contratos. **Ministério da Justiça e Segurança Pública**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/senacon-notifica-20-operadoras-de-planos-de-saude-por-cancelamentos-de-contratos>. Acesso em: 5 jun. 2024.



SILVA, Micheline; MULICK, James A. Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos Fundamentais e Considerações Práticas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 117-118, 2009.

SOUSA, Maria Fátima de. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília; v. 8, n. 1, p. 11-16, mar. 2014. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1448>. Acesso em: 19 nov. 2024.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 204-218, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ng8xP69Fyq4XmWj-GBxVBgLB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2024.

TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da agência nacional de saúde suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. *In*: **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 168, 2018. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/148133/141742>. Acesso em: 03 jun. 2025.





CIJDF
Centro de Inteligência
da Justiça do DF

GPVP
Gabinete da Primeira
Vice-Presidência

TRIBUNAL DE JUSTIÇA
DO DISTRITO FEDERAL
E DOS TERRITÓRIOS

TJDFT