



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2153672 - SP (2023/0393167-0)

RELATOR : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**
RECORRENTE : **L B A (MENOR)**
REPR. POR : **T A N B**
ADVOGADOS : **DEBORA LUBKE CARNEIRO - SP325588**
JULIANA BAQUE BERTON - SP434152
RECORRIDO : **A A M I S**
ADVOGADOS : **LIVIA NOGUEIRA LINHARES PEREIRA PINTO QUINTELLA -**
SP450711
JANAINA CASTRO DE CARVALHO - DF014394
ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
GUSTAVO STREIT FONTANA - DF021404
PAULO HENRIQUE MONTEIRO DA SILVA - DF039327
FERNANDA HELENA MIGUEL LOBO LEAL - DF032943
DAVID AZULAY - RJ176637
LUIZ FELIPE CONDE - RJ087690
MARINA XAVIER BRUNO DE SOUZA - RJ104204

EMENTA

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. TEMA N. 1.295/STJ. DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES DE TERAPIA MULTIDISCIPLINAR. ABUSIVIDADE. RECURSO PROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso especial interposto contra acórdão do TJSP que limitou a cobertura de sessões de terapia multidisciplinar para paciente com transtorno do espectro autista a dezoito sessões anuais, com base no rol da ANS e no contrato.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em verificar se é abusiva a limitação, com base em cláusula contratual, do número de sessões de terapia multidisciplinar prescrita a paciente com transtorno do espectro autista.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A previsão contratual ou regulatória que preveja limitação do número de sessões de terapias multidisciplinares é ilegal, por contrariar o disposto no art. 1º, I, da Lei n. 9.656/1998, com redação dada pela MP n. 2.177-44/2001.

4. Segundo a jurisprudência do STJ, é abusiva a limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar aos beneficiários com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista – TEA, "mesmo antes da superveniência das Resoluções Normativas ANS n. 465 e 469, de 2021" (REsp n. 1.889.704/SP, relator MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022.)

IV. DISPOSITIVO E TESE

5. Recurso provido para excluir da condenação o limite de número de sessões.

Para os fins do art. 1.036 do CPC/2015, fixa-se a seguinte tese relativamente ao Tema n. 1.295: **É abusiva a limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar – psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional – prescritas ao paciente com Transtorno do Espectro Autista – TEA.**

Dispositivos relevantes citados: CDC, art. 51, IV e § 1º, II e III; Lei n. 9.656/1998, arts. 1º, I, e 12, I e II; RN ANS n. 541/2022, RN ANS n. 424/2017, Lei n. 12.764/2012, art. 2º, III,

Jurisprudência relevante citada: STJ, REsp n. 1.889.704/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022; AgInt no AREsp n. 2.710.756/RN, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 17/2/2025, DJEN de 20/2/2025; AgInt no AgInt no REsp n. 1.991.503/SP, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 7/10/2024, DJe de 9/10/2024; AgInt no REsp n. 1.930.553/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 24/6/2024, DJe de 27/6/2024; AgInt no REsp n. 2.063.251/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 29/4/2024, DJe de 2/5/2024; AgInt no AREsp n. 2.630.469/SP, relatora Ministra Daniela Teixeira, Terceira Turma, julgado em 5/5/2025, DJEN de 8/5/2025; REsp n. 2.061.703/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 8/8/2023, DJe de 10/8/2023, STF, ADI n. 7.265, Relator Ministro Luís Roberto Barroso, Tribunal Pleno, julgado em 18/09/2025, DJe 2/12/2025.

RELATÓRIO

O EXMO. MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA (Relator):

Trata-se de recurso especial interposto por L. B. A., menor impúbere, representado por sua genitora T. A. N. B., contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, assim ementado (fls. 759-762):

PLANO DE SAÚDE. Paciente, infante, apresentando severa seletividade alimentar, ausência da fala expressiva e dificuldades com o contato ocular, quadro compatível com transtorno do espectro autista.

Prescrição de psicologia comportamental (preferentemente ABA), fonoterapia e terapia ocupacional. Negativa de cobertura, sob a alegação de ausência de previsão no rol da ANS. Sentença de parcial procedência confirmada por Acórdão que, posteriormente, foi anulado por decisão do Superior Tribunal de Justiça, para que outro julgamento fosse realizado, para que seja delimitada a cobertura requerida, especificamente se consta o tratamento no rol da ANS. Entendimento do Egrégio Superior Tribunal de Justiça de que não se presume abusiva a recusa de cobertura dos tratamentos médicos, meios e materiais que não estejam previstos no rol da ANS ou no contrato.

— No caso, a fim de se preservar o equilíbrio contratual, deverá o plano arcar com dezoito (18) sessões anuais, devendo-se adotar o critério de coparticipação no caso de se ultrapassar o estipulado acima - Recurso provido em parte para tal finalidade.

Esse acórdão foi proferido em atendimento à decisão deste relator que, nos autos do AREsp n. 1.536.200/SP, determinou "a devolução dos autos à origem para que o TJSP, à luz do rol da ANS e do entendimento da Quarta Turma desta Corte, prossiga no julgamento do feito como entender de direito" (fl. 699).

Nas razões do recurso especial (fls. 805-810), interposto com fundamento no art. 105, III, "a", da CF, a parte demandante alegou violação do art. 51, IV, do CDC e do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998, argumentando que:

a) a "limitação de sessões [...] permite que vigore cláusula notadamente abusiva" (fl. 808); e

b) "tanto a limitação do número de sessões era abusiva que foi revogada pela própria ANS [...], por meio da RN ANS n.º. 539/22" (idem).

A operadora recorrida apresentou contrarrazões às fls. 813-818, apontando os óbices das Súmulas n. 7/STJ e 284/STF e pleiteando negativa de provimento ao recurso.

O recurso especial foi inadmitido (fls. 825-827).

O agravo nos próprios autos interposto contra a decisão de inadmissão foi convertido em recurso especial (fls. 853-854) e, por iniciativa deste relator, encaminhado à "Presidência da Comissão Gestora de Precedentes e de Ações Coletivas para, no exercício da atribuição prevista no art. 46- A, IV e V, do RISTJ, apreciar a viabilidade de qualificação do presente recurso como representativo da controvérsia, indicando outros processos semelhantes, se for o caso" (fl. 854).

O Presidente da Comissão Gestora de Precedentes, por meio do despacho de fls. 884-890, indicou os REsps n. 2.166.806/RN e 2.167.050/SP como também representativos da controvérsia e concluiu que "o potencial de repetitividade e a magnitude desta questão jurídica justificam a deliberação da Segunda Seção perante a sistemática dos recursos repetitivos" (fl. 885).

Por meio do acórdão de fls. 904-918, a Segunda Seção desta Corte afetou o presente recurso, em conjunto com o REsp n. 2.167.050/SP, ao rito dos recursos repetitivos, dando origem ao Tema n. 1.295/STJ, assim descrito:

Possibilidade ou não de o plano de saúde limitar ou recusar a cobertura de terapia multidisciplinar prescrita ao paciente com transtorno global do desenvolvimento.

Para a racionalização da tramitação dos recursos afetados, a instrução do referido tema foi concentrada no apenso dos autos do REsp n. 2.167.050/SP. Posteriormente, cópia do referido apenso foi juntada a estes autos.

Na fase do art. 1.038, inciso I, do CPC, foram admitidas como *amici curiae* as seguintes entidades:

- 1) UNIÃO FEDERAL – SENACON (fls. 2.209-2.229 do apenso);
- 2) ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (fls. 2.230-2.234 do apenso);
- 3) MPSP - Ministério Público do Estado de São Paulo (fls. 3.767-3.797 do apenso);
- 4) UNIMED DO BRASIL - Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (fls. 1-3, 1.673-1.712 e 2.095-2.152 do apenso);
- 5) IBDTEA - Instituto Brasileiro de Defesa dos Direitos dos Autistas (fls. 664-698 do apenso);

6) ANIA/BR - (fls. 917-927 do apenso);

7) FENASAÚDE - Federação Nacional de Saúde Suplementar (fls. 977-1.020 do apenso);

8) ABRAMGE - Associação Brasileira de Planos de Saúde (fls. 1.436-1.450 do apenso); e

9) COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (fls. 2.011-2.025 do apenso).

O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL opinou por meio do parecer de fls. 1.341-1.346, sob a seguinte ementa:

RECURSO ESPECIAL AFETADO PELO RITO DOS REPETITIVOS. PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DO ESPECTRO AUTISTA. RECUSA DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE EM FORNECER O TRATAMENTO. TRIBUNAL A QUO, COMPETENTE PARA ANÁLISE DO MATERIAL PROBATÓRIO DOS AUTOS, QUE DEVIDAMENTE, COM ANÁLISE PORMENORIZADA DA CAUSA, RECONHECEU A RESPONSABILIDADE DO PLANO DE SAÚDE EM PRESTAR OS SERVIÇOS DIANTE DA PRESCRIÇÃO MÉDICA, LIMITANDO A 18 O NÚMERO DE SESSÕES ANUAIS. STJ, NO JULGAMENTO DO ERESP 1886929/SP, RECONHECEU QUE APESAR DO ROL TAXATIVO, O PLANO DEVE ARCAR COM DESPESAS PARA CURA DO PACIENTE, DESDE QUE NÃO OFEREÇA TRATAMENTO COMPATÍVEL, SEM LIMITAÇÕES. MANIFESTAÇÃO PELO PROVIMENTO DO RECURSO ESPECIAL. TEMA 1298 /STJ.”

1. A pretensão do recurso especial é de ver reconhecida a responsabilidade da operadora de plano de saúde a pagar o tratamento indicado ao paciente, necessitado de tratamento multidisciplinar para Síndrome de Espectro Autista, na íntegra e sem limitação ao número de sessões indicados pelo médico.

2. O Tribunal a quo concluiu que o tratamento foi devidamente justificado pelo médico responsável pelo tratamento e que a recusa por parte da operadora de plano de saúde é injustificável ante a especialidade da doença e do tratamento indicado. Todavia, limitou o número de sessões.

3. Entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que não estão as operadoras de saúde obrigadas a cobrir tratamentos não previstos no rol taxativo da ANS, mas destacou a existência de situações excepcionais para que os planos custeiem os procedimentos não previstos nas listas, a exemplo de terapias com recomendação médica, sem substituto terapêutico no rol, bem como aprovados por instituições reguladoras, sem limitação.

4. Parecer pelo provimento do recurso especial, com fixação de tese no sentido de reconhecer que a existência de situações excepcionais da doença e do tratamento indicado aos pacientes justificam que os

planos de saúde custeiem os procedimentos não previstos nas listas da ANS, a exemplo de terapias com recomendação médica, sem substituto terapêutico no rol, bem como aprovados por instituições reguladoras, sem limitações.

A recorrente AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S. A., por meio da petição de fls. 1.306-1.334, pleiteou "a desafetação do presente recurso por não ter como fundamento a questão de direito a tese que será debatida e definida para o Tema 1295" (fl. 1.306), e, por meio da petição de fls. 1.436-1.438, pleiteou a "extinção do feito, nos termos do artigo 485, inciso VI, do Código de Processo Civil" (fl. 1.437), sob o argumento de que a estipulante teria manifestado "desinteresse na continuidade da relação, pugnando pela sua rescisão, com data fim em 20/11/2025" (fl. 1.436).

A suspensão do processo foi levantada por meio do despacho de fl. 1.352.

Por meio do despacho de fls. 1.375-1.385, este relator esclareceu que **"o objeto da afetação cuida, especificamente, da limitação quantitativa de sessões e consultas de terapias multidisciplinares prescritas a pacientes com transtorno global do desenvolvimento, ou sua recusa com fundamento igualmente no aspecto exclusivamente quantitativo"**.

Na petição de fl. 1.458, o demandante, ora recorrido, informou que o plano de saúde foi "cancelado no final do último mês de novembro" (fl. 1.458).

É o relatório.

VOTO

O EXMO. MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA (Relator):

Eminentes colegas, peço licença para trazer ao colegiado tema que considero relevante e de grande impacto social, tendo em vista a elevada demanda por terapia multidisciplinar no Brasil atualmente^[1], o que se reflete na distribuição de uma multiplicidade de recursos a esta Corte.

I - Admissibilidade

Conforme constou na afetação, a controvérsia sobre a limitação da cobertura foi decidida expressamente no acórdão recorrido, no seguinte trecho (fls. 761-762):

A discussão se cinge, portanto, em saber se o tratamento de fisioterapia pelo método ABA para a parte autora é previsto no rol da ANS ou no contrato; portanto, a parte autora terá direito àquilo que a Lei dos Planos de Saúde prevê e àquilo que contratou; no caso de pretender a realização de procedimentos mais amplos, deverá contratar um plano mais abrangente.

Insta destacar a recente alteração legislativa da Lei nº 9.656/98 - Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022 - dispondo sobre os critérios que permitem a cobertura de exames ou tratamentos de saúde não incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, nos seguintes termos:

.....

Na hipótese aqui cuidada, para se preservar o equilíbrio contratual, respeitando - se o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça, o correto é estabelecer a obrigatoriedade da parte ré em arcar com o tratamento de fisioterapia pelo método ABA para a parte autora, **no limite de dezoito (18) sessões anuais**, devendo-se adotar o critério de coparticipação no caso de haver necessidade de mais sessões.

Trata-se, portanto, de questão decidida e, por conseguinte, prequestionada na origem.

A parte recorrente, por sua vez, devolveu a questão ao STJ, apontando violação da lei federal, especificamente aos arts. 51, IV, do CDC e do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998.

O recurso, portanto, merece ser conhecido com base no art. 105, III, "a", da CF, não merecendo guarida o pleito de desafetação formulado pela AMIL às fls. 1.306-1.334.

Também não merece guarida o pleito de extinção do processo (fls. 1.436-1.438) sob o argumento de que a estipulante teria manifestado desinteresse na continuidade do contrato coletivo de plano de saúde, pois, caso essa circunstância fática se confirme e o contrato seja extinto, deve-se aplicar ao repetitivo a regra do art. 998, parágrafo único, do CPC, por analogia, para permitir que seja fixada uma tese de repetitivo independentemente do desfecho do caso concreto.

II - Delimitação da controvérsia

A questão afetada ao rito dos recursos especiais repetitivos foi descrita nos seguintes termos:

Tema n. 1.295/STJ - Possibilidade ou não de o plano de saúde limitar ou recusar a cobertura de terapia multidisciplinar prescrita ao paciente com transtorno global do desenvolvimento.

A questão jurídica controvertida a ser definida no julgamento dos recursos especiais está **estritamente relacionada aos motivos expostos na decisão de afetação.**

Verifica-se, por conseguinte, que, a afetação deu-se a partir do seguinte contexto normativo: I) **Resolução Normativa ANS n. 469/2021** – que regulamenta a cobertura obrigatória em sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento de pacientes com transtorno global do desenvolvimento (CID F84), prevendo-as de forma ilimitada; II) **Resolução Normativa ANS n. 539/2022** – que cuida da 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; e, finalmente, III-) **Resolução Normativa ANS n. 541/2022**, que eliminou o limite de consultas e sessões ao tratamento de pacientes com transtorno global do desenvolvimento.

Nessa conjuntura, a jurisprudência do STJ tem reconhecido a abusividade ou a recusa da cobertura às terapias multidisciplinares prescritas a pacientes com transtorno global do desenvolvimento, conforme múltiplos precedentes citados na decisão de afetação. Assim, **o objeto da afetação cuida, especificamente, da limitação quantitativa de sessões e consultas de terapias multidisciplinares prescritas a pacientes com transtorno global do desenvolvimento, ou sua recusa com fundamento igualmente no aspecto exclusivamente quantitativo.**

Percebe-se, sobretudo da leitura das manifestações escritas apresentadas pelos diversos *amici curiae* admitidos no processo, que há uma perspectiva de expandir a afetação para atingir outras terapias que não aquelas previstas nos referidos atos administrativos normativos editados pela agência de regulação setorial. Trata-se de uma questão bastante sensível, sobretudo pelo fato de que, nos termos do Parecer Técnico ANS n. 39/2024, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde "não descreve a técnica, abordagem ou método clínico/cirúrgico/terapêutico, a ser aplicado nas intervenções diagnóstico-terapêuticas a agravos à saúde sob responsabilidade profissional,

permitindo a indicação, em cada caso, da conduta mais adequada à prática clínica".

Contudo, repita-se, a afetação não tem a abrangência pretendida, notadamente pelo fato de que tais questões, relacionadas às demais terapias a partir da constatação de sua eficácia – não são objeto dos recursos especiais afetados.

Aliás, é exatamente nesse sentido que dispõe a Tese n. 1 da Edição n. 259 da Jurisprudência em Tese do STJ – Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA: ***É abusiva a recusa de cobertura pela operadora do plano de saúde de terapia multidisciplinar, bem como a limitação do número de sessões, aos beneficiários com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista – TEA.***

Os sucessivos julgados desta Corte referidos naquela edição direcionam-se neste mesmo sentido: AgInt no AREsp 2630469/SP, Min. DANIELA TEIXEIRA, TERCEIRA TURMA, DJEN de 08/05/2025; AgInt no AREsp 2710756/RN, Rel. Min. MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, DJEN 20/02/2025; ; AgInt no REsp 2130831/SP, Rel. Min. RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, DJEN 20/12/2024; AgInt no REsp 2113334/SC, Rel. Min. HUMBERTO MARTINS, TERCEIRA TURMA, DJEN 12/12/2024; AgInt no REsp 2010170/DF, Rel. Min. JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, QUARTA TURMA, DJe 26/11/2024; AgInt no AREsp 2560738/SP, Rel. Min. MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, DJe 18/09/2024; AgInt no AREsp 2380696/RN, Rel. Min. RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, DJe 20/12/2023.

Não se desconhece que numerosas questões relacionadas ao tratamento dos pacientes com Transtorno do Espectro Autista - TEA têm sido objeto de julgamento por todos os Tribunais do País.

À guisa de exemplo, podemos referir o IAC n. 8/TJPE, no bojo do qual foram fixadas as seguintes teses:

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

Tese 1.1 – Os requisitos necessários para que o profissional de saúde seja considerado especialista nos métodos ABA (análise do

comportamento aplicada), BOBATH, HANEN, PECS, PROMPT, TEACCH e INTEGRAÇÃO SENSORIAL, de acordo com o art. 6º da Resolução Normativa da ANS nº 465/2021, devem estar conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais.

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

Tese 1.3 – O reembolso: a) será nos termos do contrato, consoante previsto no art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, para os casos em que, mesmo havendo a prestação adequada do serviço de saúde na rede credenciada, o beneficiário optar por realizá-lo na rede particular; b) será integral, no prazo de 30 (trinta) dias, quando a operadora descumpra o seu dever de garantir o atendimento, ante a indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial conveniada, nos termos do art. 9º da Resolução da ANS nº 259/2011; c) será integral, no prazo de 30 (trinta) dias, na hipótese em que, por recusa manifestamente indevida de cobertura pelo plano de saúde, o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento. Tese 1.4 - A negativa de custeio das terapias multidisciplinares de cobertura contratual obrigatória para tratamento do Transtorno do Espectro Autista poderá ensejar reparação por danos morais, mesmo antes da entrada em vigor da Resolução Normativa da ANS nº 539/2022.

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

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

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

assistencial conveniada, nos termos do art. 9º da Resolução da ANS nº 259/2011; c) será integral, no prazo de 30 (trinta) dias, por recusa manifestamente indevida de cobertura pelo plano de saúde, o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento.

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

Vale anotar que foi interposto recurso especial contra a decisão proferida no incidente de assunção de competência, que constituirá o *locus* adequado para a deliberação destas outras matérias.

Acrescente-se, ainda, que o Tribunal de Justiça do Estado do Pará instaurou o Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas n. 11 (Processo nº 0813991-09.2024.814.0000), para a definição da seguinte questão controvertida: *“a existência ou não da obrigação de as operadoras de planos de saúde fornecerem/custear os tratamentos fisioterapêuticos pelos métodos especificados, quando prescritos por profissionais de saúde, considerando as normas do art. 10, incisos I e VII e §§4º e 13, inciso I, da Lei de Planos de Saúde.”*. Naquele instrumento, foram delineados os seguintes capítulos a serem analisados:

1. Se os tratamentos fisioterapêuticos pelos métodos Therasuit, Pediasuit, Penguinsuit e Adelisuit estão ou não incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar da ANS;
2. A licitude ou não da recusa de fornecimento/custeio, por parte da operadora do plano de saúde, dos tratamentos fisioterapêuticos pelos métodos Therasuit, Pediasuit, Penguinsuit e Adelisuit, com base na possível classificação destes como próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
3. Se os tratamentos fisioterapêuticos pelos métodos Therasuit, Pediasuit, Penguinsuit e Adelisuit podem ou não ser classificados como tratamentos de caráter experimentais;
4. Se existe comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico relacionado aos métodos Therasuit, Pediasuit, Penguinsuit e Adelisuit; e,
5. Se, havendo expressa prescrição médica, existe ou não a obrigação de fornecimento/custeio, por parte da operadora do plano de saúde, dos tratamentos fisioterapêuticos pelos métodos Therasuit, Pediasuit, Penguinsuit e Adelisuit, em favor dos beneficiários e dependentes.

Estando a controvérsia deste repetitivo delimitada ao número de sessões, não há falar em aplicação, neste julgamento, das teses firmadas na ADI n. 7265/STF, porque essa ADI versou sobre autorização de procedimentos não previstos no Rol da ANS, ao passo que este repetitivo cuida da limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar disciplinada pela agência de regulação setorial.

Confiram-se as teses firmadas no julgamento da referida ADI (grifei):

Teses de julgamento:

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

2. Em caso de tratamento ou procedimento não previsto no rol da ANS, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que preenchidos, cumulativamente, os seguintes requisitos:

(i) prescrição por médico ou odontólogo assistente habilitado;

(ii) inexistência de negativa expressa da ANS ou de pendência de análise em proposta de atualização do rol (PAR);

(iii) ausência de alternativa terapêutica adequada para a condição do paciente no rol de procedimentos da ANS;

(iv) comprovação de eficácia e segurança do tratamento à luz da medicina baseada em evidências de alto grau ou ATS, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível; e

(v) existência de registro na Anvisa.

3. A ausência de inclusão de procedimento ou tratamento no rol da ANS impede, como regra geral, a sua concessão judicial, salvo quando preenchidos os requisitos previstos no item 2, demonstrados na forma do art. 373 do CPC. Sob pena de nulidade da decisão judicial, nos termos do art. 489, §1º, V e VI, e art. 927, III, §1º, do CPC, o Poder Judiciário, ao apreciar pedido de cobertura de procedimento ou tratamento não incluído no rol, deverá obrigatoriamente:

(a) verificar se há prova do prévio requerimento à operadora de saúde, com a negativa, mora irrazoável ou

omissão da operadora na autorização do tratamento não incorporado ao rol da ANS;

(b) analisar o ato administrativo de não incorporação pela ANS à luz das circunstâncias do caso concreto e da legislação de regência, sem incursão no mérito técnico-administrativo;

(c) aferir a presença dos requisitos previstos no item 2, a partir de consulta prévia ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS), sempre que disponível, ou a entes ou pessoas com expertise técnica, não podendo fundamentar sua decisão apenas em prescrição, relatório ou laudo médico apresentado pela parte; e

(d) em caso de deferimento judicial do pedido, oficialiar a ANS para avaliar a possibilidade de inclusão do tratamento no rol de cobertura obrigatória”.

(ADI 7265, Relator(a): LUÍS ROBERTO BARROSO, Tribunal Pleno, julgado em 18-09-2025, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-s/n DIVULG 01-12-2025 PUBLIC 02-12-2025)

Deve ser referido, outrossim, que o Transtorno do Espectro Autista – TEA passou recentemente a ser classificado de forma autônoma (CID 11 6A02), na Seção de Transtornos do Neurodesenvolvimento, deixando de constituir espécie de transtorno global do desenvolvimento (CID 10 F84.0), tal como já era previsto no DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais. Transcreve-se, por oportuno, a nova redação:

CID-11 6A02 - Transtorno do espectro autista:

6A02.0 – Transtorno do espectro autista sem transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional.

6A02.1 – Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional.

6A02.2 – Transtorno do Espectro do Autismo sem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com linguagem funcional prejudicada.

6A02.3 – Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e linguagem funcional prejudicada.

6A02.5 – Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e ausência de linguagem funcional.

6A02.Y – Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado.

6A02.Z – Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado.

Estabeleceu-se prazo de transição da referida alteração na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde até janeiro de 2027, período em que a classificação anterior ainda poderá ser adotada. No entanto, considerando a especificidade da afetação, propõe-se a adoção, na fixação da tese, da atual caracterização do Transtorno do Espectro Autista – TEA.

Quanto ao marco temporal da Lei n. 9.656/1998, optou-se por não fazer distinção entre planos de saúde novos e antigos, adaptados ou não, para, assim, ampliar o âmbito de aplicação da tese a ser fixada.

Estando assim delimitada controvérsia, passa-se ao enfrentamento da questão afetada.

III - Manifestações dos *amici curiae*

A contribuição dos *amici curiae* para o debate da questão afetada pode ser resumida nas transcrições abaixo, conforme a posição defendida por cada qual.

Pela abusividade da limitação do número de sessões:

- IBDTEA: Até o momento, a jurisprudência do STJ tem considerado abusiva a recusa ou limitação da cobertura desses tratamentos quando prescritos por profissionais de saúde (fl. 666 do apenso);
- COFFITO: A [...] limitação de cobertura de terapias multidisciplinares, quando prescritas por profissionais competentes e comprovadamente necessárias ao tratamento do TEA, configura violação aos direitos fundamentais dos pacientes, independentemente da previsão no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (fl. 2.017 do apenso);

- SENACON: A condição especial do consumidor com TGD o deixa mais suscetível às práticas abusivas no mercado de consumo, considerando características que muitas vezes trazendo dificuldade em expressar sentimentos e pensamentos, em compreender nuances sociais, dificuldade em realizar tarefas motoras simples, em interagir com outras pessoas, em enfrentar situações cotidianas, dentre outras, de modo a exigir o reconhecimento da sua vulnerabilidade extrema (fl. 2.215 do apenso);
- SENACON: [...] a jurisprudência do STJ orientou-se no sentido de que se revela abusiva a recusa ou limitação de cobertura de tratamento multidisciplinar prescrito para paciente com transtorno global do desenvolvimento. Profusão de precedentes. Isso é corroborado por diversos julgados acerca da matéria (fl. 2 .215 do apenso);
- MPSP: A prática de limitação de tratamento imposta por alguns planos de saúde, seja por número de sessões, [...], violaria o direito do consumidor hipervulnerável, no caso, o beneficiário com transtorno de desenvolvimento, tratando-se de prática abusiva (fl. 3.780 do apenso).

Pela validade da limitação:

- FENASAÚDE: Qualquer obrigação de cobertura que não tenha sido considerada no cálculo atuarial realizado, concedendo ao segurado um benefício maior do que o previsto em lei e no contrato, causa sério dano ao equilíbrio econômico-financeiro das carteiras das seguradoras e operadoras de planos de saúde, em manifesto prejuízo ao próprio beneficiário. (fls. 986 do apenso)
- ABRANGE: Há muita discussão não só em torno do volume de terapias, que chegam a alcançar 40 horas semanais, mas também sobre as técnicas ou métodos prescritos, não raro utilizando estruturas não registradas ou preparadas para atendimento de saúde, bem como baixa evidência científica, a exemplo de procedimentos não previstos no rol de coberturas definido pela ANS como música terapia, equoterapia, aquaterapia, dentre tantos outros. (fl. 1.441 do apenso)
- ANS: [...] antes da vigência das Normativas mencionadas, dependendo do diagnóstico, o beneficiário tinha direito a um ou outro procedimento, com determinado número de sessões, de acordo com o previsto nas respectivas diretrizes de utilização, nas quais estava definida a cobertura mínima obrigatória de sessões por ano de contrato. (ANS - fls. 2.233 do apenso);

- UNIMED: Dada a concessão ilimitada de sessões de tratamento, diversos médicos assistentes passaram a elaborar prescrições médicas com sessões diárias de tratamento que sobrecarregam o paciente, muitas vezes superando 40 horas semanais. [...]. Recentemente, associações de autistas pediram ação do governo contra tais sobrecargas de sessões nas clínicas terapêuticas seria, na visão das entidades, equivalentes a um “regime manicomial” (fl. 1.694 do apenso).

A ANIA, embora tenha sido admitida como *amicus curiae*, não apresentou manifestação escrita.

IV - Análise do plano legislativo e regulatório

Não há lei versando especificamente sobre a limitação do número de sessões de terapias multidisciplinares na saúde suplementar.

A Lei n. 12.764/2012 (Lei Berenice Piana), mencionada na manifestação do IBDTEA (fl. 687 do apenso), instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabeleceu uma série de diretrizes, como o "atendimento multiprofissional e o acesso a medicamento e nutrientes" (art. 2º, III), mas apontou o "poder público" como responsável pelo "cumprimento das diretrizes", razão pela qual não é possível extrair dessa lei a solução da questão ora afetada.

A Lei n. 9.656/1998, , que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, por seu turno, veda apenas a limitação do número de consultas médicas (art. 12, I) e de dias de internação hospitalar (art. 12, II). Em 2001, foi incluída uma vedação genérica à imposição de "**limite financeiro**" às coberturas (art. 1º, I, incluído pela MP n. 2.177-44/2001).

Confira-se a redação do mencionado art. 1º, I, da Lei n. 9.656/1998, com redação dada pela MP n. 2.177-44/2001, ainda em vigor (grifei):

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

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, visando a **assistência médica, hospitalar e odontológica**, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Embora esse dispositivo legal não mencione especificamente as terapias multidisciplinares prestadas por psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, a referência a "**profissionais e serviços de saúde**" permite inferir que a vedação ao limite financeiro também se aplicaria nesses casos.

Por "limite financeiro", compreende-se também a limitação do número de sessões, pois a previsão genérica e abstrata de um número restrito de sessões é uma forma indireta de se limitar o desembolso financeiro das operadoras. De fato, o limite de 18 (dezoito) sessões anuais de terapia, previsto no caso dos autos (fl. 762), equivale, para a operadora, a um limite financeiro de dezoito vezes o valor de cada sessão.

Sob este prisma, a norma contratual ou de regulação que tenha previsto limitação do número de sessões de terapias multidisciplinares com base em critérios meramente financeiros seria ilegal, por contrariar o disposto no art. 1º, I, da Lei n. 9.656/1998, com redação dada pela MP n. 2.177-44/2001.

A solução jurídica para mitigar a questão do elevado custo financeiro dos tratamentos de longo prazo não é a limitação do tratamento em si, mas a previsão contratual de fatores de moderação, conforme faculta a Lei n. 9.656/1998, em seu art. 16, VIII.

No âmbito regulatório, a **limitação do número de sessões** vem sendo praticada desde o primeiro rol de procedimentos, veiculado pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar n. 10/1998, que previa o limite de 12 (doze) sessões anuais de psicoterapia.

A limitação de sessões só foi excluída no ano de 2021, inicialmente para os "portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA)", por meio da Resolução Normativa - RN ANS n. 469/2021, e, depois, em caráter geral, por meio da Resolução Normativa ANS n. 541/2022. Assim, **desde 1º de agosto de 2022, não há previsão regulatória de limitação do número de sessões de psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional.**

A questão, no entanto, mantém-se relevante em virtude das cláusulas limitativas de cobertura previstas nos inúmeros contratos celebrados anteriormente ao ano de 2022, como é o caso dos autos.

Observe-se que a falta de uma limitação em abstrato do número de sessões não significa que a operadora e o paciente estão sujeitos a eventual arbitrariedade do médico assistente, pois a regulação prevê a possibilidade de se instaurar uma **junta médica**, nos termos da RN ANS n. 424/2017, "**em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto**" (art. 6º). Vale frisar que a instauração da junta médica se dá sem prejuízo do exercício do direito de ação.

Relembre-se que a possibilidade de se instaurar junta médica foi enfrentada pelo STJ, no julgamento do Tema n. 1.069/STJ, no curso do qual foi fixada a seguinte tese:

(ii) Havendo dúvidas justificadas e razoáveis quanto ao caráter eminentemente estético da cirurgia plástica indicada ao paciente pós-cirurgia bariátrica, **a operadora de plano de saúde pode se utilizar do procedimento da junta médica**, formada para dirimir a divergência técnico-assistencial, desde que arque com os honorários dos respectivos profissionais e sem prejuízo do exercício do direito de ação pelo beneficiário, em caso de parecer desfavorável à indicação clínica do médico assistente, ao qual não se vincula o julgador. (grifei)

Em síntese, verifica-se que, a partir da entrada em vigor da MP n. 2.177-44/2001, que incluiu no art. 1º, I, da Lei n. 9.656/1998 a vedação à imposição de "limite financeiro" às coberturas, é possível inferir que também estaria vedada a limitação do número de sessões de terapia. Por conseguinte, seriam ilegais os limites de sessões previstos no Rol da ANS, a partir do ano de 2001. A partir de 1º de agosto de 2022, a limitação do número de sessões foi expressamente excluída das diretrizes do Rol da ANS, por meio da RN ANS n. 541/2022.

V - Análise jurisprudencial

A jurisprudência do STJ adota fundamentos distintos conforme se trate de plano de saúde adaptado ou não à Lei n. 9.656/1998.

Em relação aos planos de saúde novos ou adaptados, a SEGUNDA SEÇÃO do STJ enfrentou a questão da limitação de sessões de terapia multidisciplinar no julgamento que firmou a tese do rol taxativo mitigado, oportunidade em que este colegiado concluiu que é "ilimitado o número de

consultas com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para tratamento de autismo".

A ementa daquele acórdão paradigmático foi assim lavrada (grifei):

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. DIVERGÊNCIA ENTRE AS TURMAS DE DIREITO PRIVADO ACERCA DA TAXATIVIDADE OU NÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, INEQUIVOCAMENTE ESTABELECIDNA SUA PRÓPRIA LEI DE CRIAÇÃO. ATO ESTATAL DO REGIME JURÍDICO DE DIREITO ADMINISTRATIVO AO QUAL SE SUBMETEM FORNECEDORES E CONSUMIDORES DA RELAÇÃO CONTRATUAL DE DIREITO PRIVADO. GARANTE A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO, A RECUPERAÇÃO E A REABILITAÇÃO DE TODAS AS ENFERMIDADES. SOLUÇÃO CONCEBIDA E ESTABELECIDNA PELO LEGISLADOR PARA EQUILÍBRIO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. ENUNCIADO N. 21 DA I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE DO CNJ. CDC. APLICAÇÃO SUBSIDIÁRIA À RELAÇÃO CONTRATUAL, SEMPRE VISANDO O EQUILÍBRIO. HARMONIZAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DA PRIMEIRA E SEGUNDA SEÇÕES NO SENTIDO DE VELAR AS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E A DISCRICIONARIEDADE TÉCNICA DA AUTARQUIA ESPECIALIZADA. FIXAÇÃO DA TESE DA TAXATIVIDADE, EM REGRA, DA RELAÇÃO EDITADA PELA AGÊNCIA, COM ESTABELECIMENTO DE PARÂMETROS OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS SUBMETIDAS AO JUDICIÁRIO.

1. A Lei n. 9.961/2000 criou a ANS, estabelecendo no art. 3º sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Já o art. 4º, III, elucida que compete à ANS elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades.

2. Por inequívoca opção do legislador, extrai-se tanto do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 quanto do art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000 que é atribuição dessa agência elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Nessa toada, o Enunciado n. 21 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ propugna que se considere, nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei n. 9.656/1998, o Rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas.

3. Por um lado, a Resolução Normativa ANS n. 439/2018, ora substituída pela Resolução Normativa ANS n. 470/2021, ambas

dispondo sobre o rito processual de atualização do Rol, estabelece que as propostas de sua atualização serão recebidas e analisadas mediante critérios técnicos relevantes de peculiar complexidade, que exigem alto nível de informações, quais sejam, utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde - ATS, princípios da saúde baseada em evidências - SBE, manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor. Por outro lado, deixando claro que não há o dever de fornecer todas e quaisquer coberturas vindicadas pelos usuários dos planos de saúde, ao encontro das mencionadas resoluções normativas da ANS, a Medida Provisória n. 1.067, de 2 de setembro de 2021, incluiu o art. 10-D, § 3º, I, II e III, na Lei 9.656/1998 para estabelecer, no mesmo diapasão do regramento infralegal, a instituição da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, à qual compete assessorar a ANS nas atribuições de que trata o § 4º do art. 10, devendo apresentar relatório que considerará: I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, do produto ou do procedimento analisado, reconhecidas pelo órgão competente para o registro ou a para a autorização de uso; II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às coberturas já previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, quando couber; e III - a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar.

4. O Rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, a preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável economicamente da população. Por conseguinte, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo - devendo, ademais, a cobertura mínima, paradoxalmente, não ter limitações definidas - tem o condão de efetivamente padronizar todos os planos e seguros de saúde e restringir a livre concorrência, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, o que representaria, na verdade, suprimir a própria existência do "Rol mínimo" e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais extensa faixa da população.

5. A par de o Rol da ANS ser harmônico com o CDC, a Segunda Seção já pacificou que "as normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei nº 9.656/1998. De qualquer maneira, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova" (EAREsp n. 988.070/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 8/11/2018, DJe de 14/11/2018). Dessa maneira, ciente de que o Rol da ANS é solução concebida pelo próprio legislador para harmonização da relação contratual buscada nas relações consumeristas, também não caberia a aplicação insulada do CDC, alheia às normas específicas inerentes à relação contratual.

6. Não se pode perder de vista que se está a discutir direitos e obrigações da relação contratual que envolvem plano de saúde e usuário, e não o estabelecimento de obrigação de fazer ou de não fazer a terceiro, que nem mesmo integra a lide. A ANS, ao contrário do médico-assistente da parte litigante, analisa os procedimentos e

eventos sob perspectiva coletiva, tendo em mira a universalização do serviço, de modo a viabilizar o atendimento do maior número possível de usuários. Mesmo o correto e regular exercício profissional da Medicina, dentro das normas deontológicas da profissão, usualmente possibilita ao profissional uma certa margem de subjetividade, que, por vezes, envolve convicções pessoais ou melhor conveniência, mas não pode nortear a elaboração do Rol.

7. Conforme adverte a doutrina especializada, muito além de servir como arrimo para precificar os valores da cobertura básica e mínima obrigatória das contratações firmadas na vigência da lei de Planos de Saúde, o Rol de procedimentos, a cada nova edição, delinea também a relevante preocupação do Estado em não expor o consumidor e paciente a prescrições que não encontrem respaldo técnico estudado e assentado no mundo científico, evitando-se que virem reféns dos interesses - notadamente econômicos - da cadeia de fornecedores de produtos e serviços que englobam a assistência médico-hospitalar e odontológica suplementar.

8. Legítima é a confiança que está de acordo com o direito, despertada a partir de circunstâncias objetivas. Com efeito, o entendimento de que o Rol - ato estatal, com expressa previsão legal e imperatividade inerente, que vincula fornecedores e consumidores - deve ser considerado meramente exemplificativo em vista da vulnerabilidade do consumidor, isto é, lista aberta sem nenhum paralelo no mundo, ignora que é ato de direito administrativo, e não do fornecedor de serviços, assim como nega vigência a diversos dispositivos legais, ocasionando antisseleção, favorecimento da concentração de mercado e esvaziamento da competência atribuída à ANS pelo Poder Legislativo para adoção de medidas regulatórias voltadas a equilibrar o setor de saúde suplementar de forma ampla e sistêmica, com prejuízo para toda a coletividade envolvida. Afeta igualmente a eficácia do direito constitucional à saúde (art. 196 da CF), pois a interferência no equilíbrio atuarial dos planos de saúde privados contribui de forma significativa para o encarecimento dos produtos oferecidos no mercado e para o incremento do reajuste da mensalidade no ano seguinte, dificultando o acesso de consumidores aos planos e seguros, bem como sua manutenção neles, retirando-lhes a confiabilidade assegurada pelo Rol de procedimentos, no que tange à segurança dos procedimentos ali elencados, e ao Sistema Único de Saúde (SUS), que, com esse entendimento jurisprudencial, reflexamente teria sua demanda aumentada.

9. Em recentes precedentes específicos envolvendo a supressão das atribuições legais da ANS, as duas Turmas de Direito Público decidiram que, "segundo entendimento firmado neste Superior Tribunal de Justiça, até prova cabal em contrário, deve prevalecer a presunção de legitimidade dos atos administrativos praticados pelas agências reguladoras", "sendo inviável qualquer discussão acerca do próprio mérito administrativo" (AgInt nos EDcl no REsp n. 1.834.266/PR, relator Ministro Sérgio Kukina, Primeira Turma, julgado em 22/3/2021, DJe de 25/3/2021). Ademais, assentaram que não é papel do Judiciário promover a substituição técnica por outra concepção defendida pelo julgador, sendo "incabível substituição da discricionariedade técnica pela discricionariedade judicial" (AgInt no

REsp n. 1.823.636/PR, relator Ministro Mauro Campbell Marques, Segunda Turma, julgado em 14/9/2021, DJe de 16/9/2021).

10. Diante desse cenário e buscando uma posição equilibrada e ponderada, conforme o entendimento atual da Quarta Turma, a cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos não previstos no Rol da ANS somente pode ser admitida, de forma pontual, quando demonstrada a efetiva necessidade, por meio de prova técnica produzida nos autos, não bastando apenas a prescrição do médico ou odontólogo que acompanha o paciente, devendo ser observados, prioritariamente, os contidos no Rol de cobertura mínima. Deveras, como assentado pela Corte Especial na esfera de recurso repetitivo, REsp n. 1.124.552/RS, o melhor para a segurança jurídica consiste em não admitir que matérias técnicas sejam tratadas como se fossem exclusivamente de direito, resultando em deliberações arbitrárias ou divorciadas do exame probatório do caso concreto. Ressaltou-se nesse precedente que: a) não é possível a ilegítima invasão do magistrado em seara técnica à qual não é afeito; b) sem dirimir a questão técnica, uma ou outra conclusão dependerá unicamente do ponto de vista do julgador, manifestado quase que de forma ideológica, por vez às cegas e desprezado da prova dos autos; c) nenhuma das partes pode ficar ao alvedrio de valorações superficiais.

11. Cabem serem observados os seguintes parâmetros objetivos para admissão, em hipóteses excepcionais e restritas, da superação das limitações contidas no Rol: 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 à lista; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extrarrol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou estando 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 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.

12. No caso concreto, a ação tem o pedido mediato de obtenção da cobertura de tratamento multidisciplinar pelo método ABA (Applied Behavior Analysis) para autismo - reputado, nos embargos de divergência, não previsto no Rol da ANS -, sem limitação do número de sessões de terapia ocupacional e de fonoaudiologia. Em vista da superveniente mudança promovida pela ANS - Resolução n. 469/2021, que altera o Anexo II (Diretrizes de Utilização) da Resolução Normativa n. 465/2021 (vigente Rol da ANS), publicada

em 12/7/2021 - e da própria manifestação da parte recorrente, na primeira sessão de julgamento, no sentido da subsequente perda do interesse recursal, há uma diretriz que **tornou ilimitado o número de consultas com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para tratamento de autismo**. Caso a operadora possua, em sua rede credenciada, profissional habilitado em determinada técnica ou determinado método, tal como a ABA, tal abordagem terapêutica poderá ser empregada pelo profissional no atendimento ao beneficiário, durante a realização dos procedimentos cobertos, como sessão de psicólogo e/ou terapeuta ocupacional (com diretriz de utilização) ou sessão com fonoaudiólogo.

13. Embargos de divergência a que se nega provimento.

(EREsp n. 1.889.704/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022.)

Contra esse acórdão, houve embargos de declaração, que foram acolhidos para esclarecer que a obrigatoriedade de cobertura de número ilimitado de sessões se aplica **"mesmo antes da superveniência das Resoluções Normativas ANS n. 465 e 469, de 2021"**.

Esse entendimento jurisprudencial vem sendo aplicado de forma pacífica pelos órgãos fracionários da SEGUNDA SEÇÃO.

A propósito:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. COBERTURA DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR SEM LIMITE DE SESSÕES. MÉTODO ABA. PREVISÃO NO ROL DA ANS. ACÓRDÃO EM CONSONÂNCIA COM A ATUAL JURISPRUDÊNCIA DA SEGUNDA SEÇÃO. APLICAÇÃO DO ENTENDIMENTO ATUAL AO CASO CONCRETO. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar da ANS é de taxatividade mitigada (EREsp n. 1.886.929/SP e EREsp n. 1.889.704/SP, Segunda Seção).

2. É abusiva a recusa de cobertura, sem limite de sessões, de tratamento multidisciplinar - fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional - prescrito para paciente com transtorno do espectro autista (EREsp n. 1.889.704/SP, Segunda Seção).

3. As psicoterapias pelo método de análise do comportamento aplicada (ABA) estão contempladas no rol da ANS.

4. Os precedentes jurisprudenciais alcançam fatos pretéritos, salvo quando houver modulação de efeitos de nova posição adotada pelo STJ.

5. Agravo interno desprovido.

(AglInt no AgInt no REsp n. 1.991.503/SP, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 7/10/2024, DJe de 9/10/2024.)

CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. APONTAMENTO DE OFENSA A RESOLUÇÃO DA ANS. INVIABILIDADE. SESSÕES DE PSICOTERAPIA. NECESSIDADE. LIMITAÇÃO. RECUSA ABUSIVA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. O Superior Tribunal de Justiça entende que não é possível a interposição de recurso especial sob a alegação de violação a resoluções, portarias, circulares e demais atos normativos, por não se enquadrarem no conceito de lei federal.

2. "A jurisprudência desta Corte entende abusiva a cláusula contratual ou o ato da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de terapia por esgotamento do número de sessões anuais asseguradas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS" (AglInt no AgInt no AREsp 1.696.364/SP, Relator Ministro MOURA RIBEIRO, Terceira Turma, DJe de 31/8/2022).

3. Agravo interno a que se nega provimento.

(AglInt no REsp n. 1.930.553/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 24/6/2024, DJe de 27/6/2024.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA DO DEMANDADO.

1. No julgamento do ERESp n. 1.889.704/SP, a Segunda Seção desta Corte Superior firmou o entendimento de que é ilimitado o número de consultas com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para tratamento de pessoas diagnosticadas com transtornos do espectro autista (TEA). Precedentes.

2. Agravo interno não conhecido.

(AglInt no REsp n. 2.063.251/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 29/4/2024, DJe de 2/5/2024.)

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE

SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TERAPIA MULTIDISCIPLINAR. LIMITAÇÃO DE TRATAMENTO. ABUSIVIDADE. RECONHECIMENTO. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONFORMIDADE COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. REDIMENSIONAMENTO DE VERBA HONORÁRIA. IMPOSSIBILIDADE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 7 DO STJ. FALTA DE INDICAÇÃO DE DISPOSITIVO LEGAL VIOLADO OU OBJETO DE DISSÍDIO INTERPRETATIVO. APLICAÇÃO, POR ANALOGIA, DA SÚMULA N. 284 DO STF. PRECEDENTES. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. É assente a jurisprudência desta Corte no sentido de que é abusiva a cláusula contratual ou de ato da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de tratamento de terapia por esgotamento do número de sessões anuais asseguradas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, visto que se revela incompatível com a equidade e a boa-fé, colocando o usuário em situação de desvantagem exagerada.

2. No que se refere à modificação do arbitramento sucumbencial, este Tribunal Superior consolidou o entendimento de que, via de regra, se mostra inviável em recurso especial, porquanto referida discussão encontra-se no contexto fático-probatório dos autos, inviabilizando a alteração do valor arbitrado nas instâncias ordinárias, ressaltando-se as hipóteses de valor excessivo ou irrisório.

3. A ausência de expressa indicação de artigos de lei violados ou quais dispositivos legais seriam objeto de dissídio interpretativo, inviabiliza o conhecimento do recurso especial. Incidência da Súmula n. 284 do STF.

4. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos.

5. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp n. 2.710.756/RN, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 17/2/2025, DJEN de 20/2/2025.)

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TERAPIA MULTIDISCIPLINAR. COBERTURA OBRIGATÓRIA. TAXATIVIDADE DO ROL DA ANS. MITIGAÇÃO. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. I. CASO EM EXAME

1. Agravo interno interposto contra decisão monocrática do Ministro Marco Aurélio Bellizze que conheceu do agravo para negar provimento ao recurso especial. A parte agravante sustentou o preenchimento dos requisitos legais para o conhecimento e

provimento do recurso, buscando a reforma da decisão. A parte agravada, por sua vez, manifestou-se pela manutenção do julgado, apontando ausência de fundamentos aptos à modificação. O Ministério Público Federal foi devidamente intimado. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em verificar se é obrigatória a cobertura, por plano de saúde, de terapia multidisciplinar prescrita para paciente com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), ainda que o tratamento não estivesse expressamente previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS à época do ajuizamento da ação. III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O Superior Tribunal de Justiça reconhece que, embora o Rol da ANS tenha natureza taxativa em regra, admite-se sua mitigação, especialmente quando se trata de tratamentos relacionados a Transtornos do Espectro Autista, como definido no julgamento dos EREsp n. 1.889.704/SP.

4. A Resolução Normativa ANS n. 469/2021 regulamenta a cobertura obrigatória de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento do TEA, prevendo número ilimitado de sessões para pacientes com diagnóstico de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

5. A Resolução Normativa ANS n. 539/2022 reforça a obrigatoriedade da cobertura de terapia indicada pelo médico assistente, determinando que operadoras disponibilizem profissionais habilitados para executar o método terapêutico prescrito.

6. A Resolução Normativa ANS n. 541/2022 eliminou o limite de consultas e sessões para terapias essenciais ao tratamento de TEA, além de revogar as Diretrizes de Utilização (DU) anteriormente exigidas.

7. A jurisprudência do STJ é firme no sentido de considerar abusiva a recusa de cobertura ou a imposição de limitações quantitativas às terapias multidisciplinares prescritas a pacientes com TEA.

8. A decisão agravada está alinhada com o entendimento consolidado nesta Corte, não havendo elementos novos que justifiquem sua reconsideração. IV. DISPOSITIVO

9. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp n. 2.630.469/SP, relatora Ministra Daniela Teixeira, Terceira Turma, julgado em 5/5/2025, DJEN de 8/5/2025.)

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO COMINATÓRIA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚM. 282/STF. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. PRESCRIÇÃO DE TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES PARA TRATAMENTO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.

SESSÕES ILIMITADAS. COBERTURA OBRIGATÓRIA.
REEMBOLSO INTEGRAL. EXCEPCIONALIDADE.

1. Ação cominatória ajuizada em 16/09/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 01/08/2022 e concluso ao gabinete em 20/04/2023.

2. O propósito recursal é decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a obrigação de cobertura ilimitada, mediante reembolso, de terapias multidisciplinares para o tratamento de transtorno do espectro autista; e (iii) a obrigação de reembolso integral das despesas com tratamento realizado fora da rede credenciada.

3. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados impede o conhecimento do recurso especial (súm. 282/STF).

4. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022 do CPC/15.

5. Embora fixando a tese quanto à taxatividade, em regra, do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, a Segunda Seção negou provimento ao EREsp 1.889.704/SP da operadora do plano de saúde, para manter acórdão da Terceira Turma que concluiu ser abusiva a recusa de cobertura de sessões de terapias especializadas prescritas para o tratamento de transtorno do espectro autista (TEA).

6. Ao julgamento realizado pela Segunda Seção, sobrevieram diversas manifestações da ANS, no sentido de reafirmar a importância das terapias multidisciplinares para os portadores de transtornos globais do desenvolvimento, dentre os quais se inclui o transtorno do espectro autista, e de favorecer, por conseguinte, o seu tratamento integral e ilimitado.

7. Conclui-se, a partir da interpretação dada pela Segunda Seção ao art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 (EAREsp 1.459.849/ES, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020) e das normas editadas pela ANS, que a regra é a prestação do serviço de assistência à saúde pela rede própria ou credenciada da operadora; o reembolso, quando devido, é, geralmente, limitado aos preços e às tabelas efetivamente contratados e, apenas excepcionalmente, é devido o reembolso integral das despesas efetuadas pelo beneficiário com seu tratamento de saúde.

8. Hipótese em que deve ser mantido o tratamento multidisciplinar prescrito pelo médico assistente para o tratamento de beneficiário portador de transtorno do espectro autista, sem limite de sessões, sendo devido o reembolso integral apenas se a operadora, por sua rede prestadora, não realizar os atendimentos nos prazos definidos pela ANS.

9. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, desprovido, com majoração de honorários.

(REsp n. 2.061.703/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 8/8/2023, DJe de 10/8/2023.)

No mesmo sentido: AgInt no REsp n. 1.985.618/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 30/9/2024, DJe de 3/10/2024 e AgInt no REsp n. 2.143.925/SP, de minha relatoria, Quarta Turma, julgado em 30/9/2024, DJe de 2/10/2024, AgInt no AREsp n. 2.489.290/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 23/9/2024, DJe de 25/9/2024 e AgInt no AREsp n. 2.372.049/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 13/5/2024, DJe de 15/5/2024.

VI - Proposta de tese

Por conseguinte, para os fins do art. 1.036 do CPC/2015, fixa-se a seguinte tese relativamente ao Tema n. 1.295: **É abusiva a limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar – psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional – prescritas ao paciente com Transtorno do Espectro Autista – TEA.**

VII - Resolução do caso concreto

A parte demandante aderiu ao contrato no ano de 2015 (v. fl. 240), tratando-se, portanto, de plano de saúde regulado pela Lei n. 9.656/1998, e iniciou o tratamento pelo método ABA no ano de 2017, quando as normas da ANS previam limitação do número de sessões. O TJSP manteve a sentença que condenou a operadora à cobertura, porém fixou o "limite de dezoito (18) sessões anuais" (fl. 762).

Nos termos da tese ora proposta, a limitação do número de sessões, seja com fundamento contratual, seja com fundamento em norma da ANS, é abusiva, razão pela qual o recurso merece ser provido para, reformando-se o acórdão recorrido, excluir o limite de sessões cobertas.

Ante o fato novo e incontroverso noticiado pelas partes, referente ao cancelamento do plano de saúde no mês de novembro de 2025, torna-se necessário limitar a condenação ao período de vigência do plano de saúde.

VIII - Dispositivo

Ante o exposto, para os fins do art. 1.040 do CPC, voto no sentido de consolidar a seguinte tese: **É abusiva a limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar – psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional – prescrita ao paciente com Transtorno do Espectro Autista – TEA.**

No caso concreto, voto no sentido de DAR PROVIMENTO ao recurso especial para, reformando o acórdão recorrido, excluir o limite de dezoito sessões anuais de terapia multidisciplinar.

Conheço do fato novo noticiado pelas partes para limitar a condenação à data do fim da vigência do plano de saúde coletivo.

É o voto.

Referências

1. [^] *"No Brasil, Estima-se que haja mais de 2 (dois) milhões de pessoas com TEA à luz do Censo Demográfico de 2022" (ANIA/BR, fl. 923 - apenso).*