



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL

Seção Judiciária do Distrito Federal

21ª Vara Federal Cível da SJDF

SENTENÇA TIPO "A" **PROCESSO:** 1051879-14.2021.4.01.3400 **CLASSE:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
POLO ATIVO: ----- **REPRESENTANTES POLO ATIVO:** ----- - DF45151 e ----- - DF37216 **POLO PASSIVO:** UNIÃO
FEDERAL e outros

SENTENÇA

I - RELATÓRIO

Trata-se de ação pelo procedimento comum, com pedido de tutela provisória de urgência, proposta por -----, representado por sua genitora, -----, em desfavor da UNIÃO (Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União – PLAN-ASSISTE), objetivando provimento jurisdicional para que a parte ré seja condenada (i) ao “*reembolso\cobertura disponibilização\custeio integral SEM LIMITAÇÃO dos tratamentos de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicopedagogia e Equoterapia, no que for necessário, tudo conforme a solicitação médica*”; e (ii) ao pagamento do valor de R\$ 5.008,21, a título de indenização por danos materiais.

Em suas razões, a parte autora informa que é conveniada ao plano de saúde PLAN ASSISTE, nascido em 29/10/2020, atualmente com 6 meses de idade e é portador do fenótipo de trissomia 21.

Indica que, pelas particularidades clínicas que tal síndrome apresenta, o médico prescreveu Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicopedagogia e Equoterapia, terapias essenciais ao seu desenvolvimento.

Afirma que o Requerido não conta em sua rede credenciada com nenhuma clínica capacitada para o atendimento adequado e específico que necessita, baseado na prescrição médica.

Alega que já foram feitas diversas solicitações por e-mail e telefone acerca da rede credenciada que atende à especificidade necessária ao seu atendimento, entretanto nunca teve resposta indicativa a respeito, apenas e tão somente o reembolso de percentual



mínimo das terapias, como se estivesse optando por atendimento fora da rede credenciada, o que não é o caso.

Defende que o contrato não prevê em nenhuma hipótese a sua cooparticipação nos pagamentos, de modo que quando da falta de profissionais específicos na rede de credenciados da Requerida, esta deve arcar com a integralidade das despesas médicas.

Aduz que é desumano ser onerado em mais R\$ 7.770,00 (sete mil, setecentos e setenta reais), além da mensalidade do plano de saúde e ter um reembolso de apenas de R\$ 2.761,49 (dois mil setecentos e sessenta e um reais e quarenta e nove centavos), ou seja, 35% do valor gasto, quando, na verdade, quem não tem alcance de atendimento e cumprimento contratual é o Requerido que não possui profissional para o devido atendimento em sua rede credenciada.

A Inicial foi instruída com documentos.

O pedido de tutela de urgência foi deferido parcialmente (id 648475483). Na ocasião, foi determinado à parte autora a comprovação de preenchimento dos pressupostos legais para a gratuidade da justiça ou o pagamento das custas processuais.

A União noticiou a interposição de agravo de instrumento (id 697541450).

A União apresentou contestação (id 697550949), pugnando pela improcedência do pedido.

Não houve réplica.

O MPF manifestou-se pela procedência da ação (id 779744464), reiterado em parecer posterior à perícia (id 1303418746).

Determinou-se o cumprimento da tutela de urgência (id 791120993), com informação a respeito pela União (id 806470057) de que *“considerando que os valores de reembolsos estão em consonância com o regramento vigente adotado pelo Plan-Assiste, qual seja, 70% sobre os valores efetivamente pagos pelo beneficiário, consideramos que o teor da decisão judicial está atendida”*.

Indeferiu-se o pleito da parte autora quanto à cobertura integral do reembolso (id 850403082), decisão mantida em sede reconsideração (id 956074146).

Determinou-se a realização de perícia médica (id 1051426264), sendo apresentado o laudo pericial (id 1230795276), com pedido de pagamento dos honorários periciais.

É o relatório.

II – FUNDAMENTAÇÃO

Trata-se de pedido de *“reembolso\cobertura disponibilização\custeio integral*



SEM LIMITAÇÃO dos tratamentos de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoterapia, Psicopedagogia e Equoterapia, no que for necessário, tudo conforme a solicitação médica” e pagamento do valor de R\$ 5.008,21, a título de indenização por danos materiais.

Registro, inicialmente, que não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, haja vista a inexistência de relação de consumo.

Nesse sentido, a Súmula 608 do STJ:

“Aplica-se o código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

Quanto ao objeto da ação, da análise detida dos autos, especialmente considerando a conclusão do laudo pericial, depreende-se que não houve qualquer alteração na situação fático-probatória a ensejar a adoção de posicionamento diverso daquele manifestado na decisão que deferiu parcialmente a tutela provisória de urgência.

Incorporo aqui, como razões de decidir, a fundamentação da decisão id 648475483, por ter apresentado os fundamentos necessários à análise do mérito da presente demanda, conforme segue:

(...)

Para a concessão da tutela de urgência torna-se necessária a existência de elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo, conforme preconiza o art. 300, caput, do CPC.

De forma direta, na hipótese dos autos, há, neste momento processual, conjunto probatório que evidencia a existência de violação ao direito guerreado ou a prática de ato abusivo ou ilegal por parte da ré.

É que as indicações para a realização das terapêuticas ora vindicadas foram pormenorizadamente justificadas, conforme se extrai de teor do relatório médico que a seguir transcrevo (id 646636479):

“Solicito para o paciente ----, com síndrome de Down (CID10 Q90.9) as seguintes terapias, com as frequências descritas abaixo:

FONOAUDIOLOGIA - com profissional especializado em psicomotricidade oral, capacitação em linguagem oral e bandagem 2 vezes por semana.

TERAPIA OCUPACIONAL – com profissional capacitado em método Bobath, capacitação sensorial com modelo lúdico, e inclusão escolar, 2 vezes por semana. FISIOTERAPIA – com profissional capacitado em método Bobath infantil, 2 vezes por semana.

PSICOPEDAGOGIA – com profissional direcionado a adaptação comportamental, 2 vezes por semana.

EQUOTERAPIA – trata-se da interação cognitiva, sensorial e desenvolvimento de laços afetivos, objetivando o fortalecimento muscular e postural promovidos pela integração da



criança com a movimentação do animal e estabelecimento de relação com os treinadores, 1 vez por semana.

JUSTIFICATIVA – Necessidade de melhorar o desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo, sendo essencial a estimulação precoce com profissionais habilitados, salientando-se que o resultado está diretamente relacionado a adoção imediata dos métodos acima relacionados por profissionais experimentados em síndrome de Down, visando não haver prejuízos em seu neurodesenvolvimento.

Brasília, 27 de março de 2021”

Além disso, a cobertura à enfermidade/condição que acomete a parte autora se extrai da autorização conferida pelo plano de saúde para a realização de algumas terapêuticas, tais como psicopedagogia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, psicopedagogia e equoterapia por profissionais em clínicas conveniadas com o plano PLAN ASSISTE (id 646636480).

E a existência de cobertura contratual para a doença de usuário do plano de saúde conduz, **em regra**, ao custeio do tratamento proposto pelo médico especialista, revelando-se abusiva a decisão limitativa do meio adequado ao restabelecimento da saúde e/ou à melhora da qualidade de vida do paciente.

Isso porque, **a priori**, apenas o médico assistente possui conhecimento de todos os aspectos do quadro clínico da parte autora e, dessa forma, detém a capacidade de determinar a adequação do tratamento ao caso apresentado e de decidir sobre a necessidade ou não de procedimentos.

Este, inclusive, tem sido o entendimento adotado pela jurisprudência, conforme se extrai do teor da ementa do Superior Tribunal de Justiça que abaixo colaciono:

*AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM DANOS MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE TRATAMENTO A DOENÇA COBERTA. ÍNDOLE ABUSIVA. ASTREINTES. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO, AINDA QUE IMPLÍCITO. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. 1. Conforme entendimento consolidado nesta Corte, é possível o reconhecimento de prequestionamento implícito, para fins de conhecimento do recurso especial, quando as questões debatidas no recurso especial tenham sido decididas no acórdão recorrido, ainda que sem a explícita indicação dos dispositivos de lei que o fundamentaram. In casu, a questão atinente ao valor atribuído na origem às astreintes não foi debatida nem decidida no acórdão de origem, não tendo sido prequestionado o art. 461, § 6º, do CPC/73. Incidência das Súmulas 282 e 356/STF. 2. **"A jurisprudência desta Corte reconhece a possibilidade de o plano de saúde estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado, sendo abusiva a negativa de cobertura do procedimento, tratamento, medicamento ou material considerado essencial para sua realização de acordo com o proposto pelo médico"** (AgInt no AREsp 949.765/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 1º/12/2016, DJe de 19/12/2016). 3. Agravo interno não provido. (AINTARESP 201602199594, LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO) - QUARTA TURMA, DJE DATA:23/03/2018)*

Não obstante reconhecer as limitações orçamentárias dos Planos de Saúde, não se pode menosprezar a proteção que deve ser outorgada aos beneficiários



em posição vulnerável e com tratamentos em curso, especialmente porque o objeto da avença é a saúde, direito fundamental constitucionalmente garantido.

Assim, como forma de garantir a continuidade do tratamento já iniciado pela parte autora, e considerando os contornos específicos do caso - criança de apenas 6 meses de idade com Síndrome de Down, necessitando de intervenção precoce -, entendo ser recomendável a permanência do tratamento realizado pelo autor com os profissionais que já lhe acompanham o seu quadro clínico e que possuem as especialidades prescritas no laudo susomencionado. No entanto, assinalo a questão da imprescindibilidade das especializações prescritas poderá ser objeto de prova técnica a ser oportunamente produzida.

Dessa forma, concluo que, por ora, o requerente faz jus á **cobertura integral do tratamento prescrito**, com os profissionais habilitados para tanto, conforme especificado no laudo emitido pelo médico assistente, seja por meio da utilização dos serviços dos profissionais credenciados na rede do plano de saúde réu, seja por meio da modalidade de reembolso, na forma prevista no regimento do plano para na hipótese de ausência de profissionais habilitados cadastrados em sua rede.

Inexistindo previsão no contrato ou regimento do plano neste sentido (reembolso em caso ausência de profissionais habilitados/cadastrados em sua rede), deverá a parte ré arcar integralmente com o custeio do tratamento em tela, haja vista que a lacuna contratual não deve ser interpretada em desfavor do beneficiário, até mesmo os ônus decorrentes da cobertura deficitária deve ser atribuído à parte ré.

No que pertine à limitação mensal do numero de sessões de terapia, entendo que há abusividade na cláusula contratual ou regimental da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de tratamento por esgotamento do número de sessões anuais previstas 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.

Nesse sentido já decidiu o Superior Tribunal de Justiça:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. CONSUMIDOR. PLANO PRIVADO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. COBERTURA DE TRATAMENTO. PACIENTE. MENOR IMPÚBERE PORTADOR DE PATOLOGIA CRÔNICA. LIMITAÇÃO DE SESSÕES. ABUSIVIDADE. OCORRÊNCIA. AGRAVO IMPROVIDO. 1. A jurisprudência desta Corte Superior já sedimentou entendimento no sentido de que "à luz do Código de Defesa do Consumidor, devem ser reputadas como abusivas as cláusulas que nitidamente afetam de maneira significativa a própria essência do contrato, impondo restrições ou limitações aos procedimentos médicos, fonoaudiológicos e hospitalares (v.g. limitação do tempo de internação, número de sessões de fonoaudiologia, entre outros) prescritos para doenças cobertas nos contratos de assistência e seguro de saúde dos contratantes" (AgInt no AREsp 1219394/BA, Rel. Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 7/2/2019, DJe 19/2/2019). 2. Agravo interno a que se nega provimento. (AIRES - AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - 1782183 2018.03.119943, MARCO AURÉLIO BELLIZZE - TERCEIRA TURMA, DJE DATA:28/10/2019).



E aqui sobreleva destacar que o número de consultas/sessões anuais das terapias fixado pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde deve ser considerado apenas como cobertura obrigatória mínima a ser custeada, de modo que a quantidade de consultas que ultrapassar as balizas de custeio mínimo obrigatório deverá ser suportada pela operadora e pelo usuário, em regime de coparticipação, caso haja previsão contratual e/ou regulamentar neste sentido.

Presente, pois, a probabilidade do direito vindicado.

Pelo exposto, **DEFIRO PARCIALMENTE** o pedido de tutela provisória de urgência para determinar que a parte ré forneça cobertura integral do tratamento prescrito, com profissionais com a especialização definida em laudo médico, seja por meio da utilização dos serviços dos profissionais credenciados na rede do plano de saúde réu, seja por meio da modalidade de reembolso, na forma prevista no regimento do plano para a hipótese de ausência de profissionais habilitados cadastrados em sua rede, ou inexistindo previsão neste sentido, por meio reembolso do valor integral.

Determino, ainda, a concessão de cobertura integral, sem limitação do número de sessões, para a realização de tratamentos nas áreas de psicopedagogia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia e equoterapia.

(...)

Com efeito, o laudo pericial é favorável ao tratamento multidisciplinar pretendido pela parte autora, consoante se vê:

- [A parte autora é acometida da doença informada na inicial da ação?] Criança com quadro de trissomia do 21, alteração cromossômica, genética, mais conhecida como Síndrome de Down que tem como características hipotonia, frouxidão ligamentar, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e graus variados de deficiência intelectual. Algumas comorbidades e mal formações genéticas são mais incidentes nas pessoas com trissomia de 21 em relação a população típica como cardiopatia, mal formação do sistema digestivo, mal formação do sistema urinário entre outras. No caso dessa criança, ela apresentou: - má formação do trato gastrointestinal, com anus imperfurado, necessitando de cirurgias corretivas, - cardiopatia congênita com comunicação intraventricular com tratamento conservador e - anomalias congênitas obstrutivas da pelve renal, com malformações congênitas do ureter;
- [quais são as características e o número do CID da doença?] CID Q90 Síndrome de Down, trissomia do 21 Q43 Outras malformações congênitas do intestino Q62 Anomalias congênitas obstrutivas da pelve renal e malformações congênitas do ureter;
- [o procedimento/tratamento requerido na inicial é a melhor opção terapêutica para o tratamento da doença?] Inicialmente, é controle de esfínteriano com



terapia de suporte e reabilitação. Além de acompanhamento multiprofissional para estímulos com fonoaudióloga, fisioterapia e terapia ocupacional, além do acompanhamento médico cardiologista, gastrologia, genética, nefrologista;

- É necessário acompanhamento longitudinal para prevenir riscos e oucomplicações, além de exames periódicos do trânsito intestinal, função renal e ecocardiogramas. Nenhum tratamento em caráter emergencial, mas o tratamento multiprofissional de estímulo o quanto antes iniciado maior chances de criança desenvolver independência de hábitos gerais da vida na fase adulta.

Ressalto, inclusive quanto ao pedido de indenização por danos materiais, que os reembolsos deverão seguir as disposições contidas no Regulamento Geral do PLAN ASSISTE, do qual destaco os seguintes dispositivos:

Art. 22. No caso de assistência na modalidade de livre escolha, o beneficiário do Plan-Assiste efetivará o pagamento integral das despesas ao profissional ou instituição e apresentará os devidos comprovantes para fins de reembolso, até noventa dias após a emissão de documentos comprobatórios.

Art. 23. No caso de assistência na modalidade dirigida ou de livre escolha, o pagamento ou reembolso da despesa obedecerá aos valores dos procedimentos constantes das listas específicas adotadas pelo Plan-Assiste.

E, regulamentando referidos dispositivos, a Norma Complementar PLAN ASSISTE nº 24, de 21/10/2022, trata, especificamente, da cobertura do tratamento de Transtorno Global do Desenvolvimento, Síndrome de Down e Paralisia Cerebral no âmbito do PLAN-ASSISTE, *verbis*:

Art. 2º A cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de Transtorno Global do Desenvolvimento, Síndrome de Down ou Paralisia Cerebral, na modalidade dirigida ou de livre escolha, inclui os métodos diagnósticos adequados, acompanhamento nutricional e atendimento multiprofissional.

Art. 3º O tratamento poderá ofertar a cobertura nas modalidades de terapia ou métodos especiais indicados pelo médico assistente, tais como: Terapia de Integração Sensorial, Cuevas, Bobath, Teacch, Denver, ABA, PEC's, dentre outros, considerando como incluídos em uma das diversas modalidades de terapias oferecidas: psicoterapia, psicopedagogia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia, musicoterapia e nutrição.

Art 6º Em caso de atendimento na modalidade de livre escolha, a base de cálculo para os reembolsos das terapias e consultas realizadas de que tratam os artigos 3º e 4º corresponderá ao valor da despesa realizada, limitado a cinco vezes os valores constantes das tabelas de referência para reembolso.

Assim, observa-se que os reembolsos ora pleiteados deverão ter como parâmetro as disposições acima transcritas, conforme normas do PLAN-ASSISTE.



Ademais, vê-se do documento id 806470057 do PLAN-ASSISTE que houve a revisão do reembolso anteriormente destinado a parte autora, com a complementação do valor anteriormente pago, resultando no pagamento do valor total de R\$ 5.439,00.

Destarte, tendo em vista a fundamentação acima e na ausência de outros elementos capazes de infirmar a conclusão antes adotada, outro não pode ser o entendimento senão julgar parcialmente procedente o pedido formulado na inicial.

3. DISPOSITIVO

Pelo exposto, **confirmando a decisão id 648475483 e JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTES OS PEDIDOS**, com fundamento no art. 487, inciso I, do CPC, para condenar a UNIÃO a assegurar à parte autora a cobertura integral do tratamento prescrito por profissionais com a especialização definida em laudo médico, seja por meio da utilização dos serviços dos profissionais credenciados na rede do PLAN-ASSISTE, seja por meio da modalidade de reembolso, na forma prevista no regimento do plano para a hipótese de ausência de profissionais habilitados cadastrados em sua rede, conforme Norma Complementar PLAN ASSISTE nº 24, de 21/10/2022.

Considerando a sucumbência recíproca (art. 85, § 14º, do CPC) e avaliados os critérios estabelecidos pelos incisos I, II, III e IV do § 2º do art. 85 do CPC, fixo os honorários da forma abaixo delineada:

- 1) condeno a parte ré ao pagamento dos honorários advocatícios, que arbitro em R\$ 2.000,00 (dois mil reais), com fulcro no art. 85, § 8º, do CPC;
- 2) condeno a parte autora ao pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, que arbitro em R\$ 1.000,00 (mil reais), com fulcro no art. 85, § 8º, do CPC. **Suspensa a exigibilidade da cobrança em razão da gratuidade da justiça que ora defiro à parte autora.**

Consideram-se de proveito econômico inestimável, para fins do art. 85, § 8º, do CPC, as causas nas quais se postula tratamento de saúde.

Diligencie a Secretaria o pagamento da perita.

Interposta eventual apelação, intime-se a parte contrária para apresentar contrarrazões e remetam-se os autos ao TRF da 1ª Região.

Sentença sujeita à remessa necessária.

Após o trânsito em julgado, intemem-se as partes para que requeiram o que entenderem de direito, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de arquivamento. Deverá a Secretaria, ao efetuar tal intimação, já indicar todas as informações a serem apresentadas pela parte autora visando à expedição de eventual requisição de pagamento.

Em seguida, caso nada mais haja a prover, arquivem-se os autos com baixa na distribuição.



Intimem-se via sistema.

Brasília, (data da assinatura eletrônica).

(assinado digitalmente)

FREDERICO BOTELHO DE BARROS VIANA

Juiz Federal Substituto em auxílio na 21ª Vara/SJDF

