

MANIFESTAÇÃO

Senhora Coordenadora da ASJUP,

Trata o e-mail (7524353), encaminhado no dia 05 de junho de 2024, pela 5ª Promotoria de Justiça de Vespasiano/MG, de solicitação de apoio para manifestação em procedimento judicial - **AÇÃO ORDINÁRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE CONCESSÃO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA EM CARÁTER LIMINAR INAUDITA ALTERA PARS**, tendo como parte menor de idade, devidamente representado por sua genitora, uma vez que a operadora de plano de saúde tem obstaculizado e adiado a realização dos tratamentos específicos necessários, mesmo diante do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Em síntese, a parte autora requer que o réu seja compelido ao fornecimento das terapias indicadas pelo profissional médico do requerente, a saber: psicologia comportamental pelo método Denver, terapia ABA, fonoaudiologia com especialidade em linguagem e em TEA, terapia ocupacional com integração sensorial pelo método Ayres e acompanhamento com neurologista infantil especialista na área, de forma ininterrupta e por tempo indeterminado, custeando diretamente a clínica particular onde a criança Samuel vem fazendo seu tratamento eis que, segundo narrado, não tem conseguido vagas nos serviços credenciados, para os quais a criança tem enfrentado longas filas e até mesmo negativa de atendimento. Busca, ainda, o autor, danos materiais no importe de R\$ 9.140,00 (nove mil cento e quarenta reais) e danos morais no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

O requerente é portador de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e, em que pese ser beneficiário do plano de saúde, supostamente não vem recebendo o tratamento adequado fornecido pela operadora. Para garantir o fiel cumprimento do contrato firmado entre as partes, resguardando o direito à saúde da criança, sua genitora requereu, em caráter de urgência, o deferimento dos efeitos da tutela antecipada para o fornecimento dos tratamentos prescritos por profissional médico.

Ressalta-se que todos os tratamentos prescritos fazem parte do rol de procedimentos da ANS e são fornecidos pela operadora de plano de saúde, tendo sido, inclusive, geradas guias de autorização para realização das terapias. Entretanto, a parte consumidora não consegue vagas nas clínicas credenciadas para fazer seu tratamento, e nem mesmo consultas acessíveis com neurologistas, estando as terapias sempre indisponíveis, não havendo profissionais suficientes, e as filas de espera estão durando anos.

Com base nos documentos que instruem o feito, e considerando que a signatária não atua na curadoria do consumidor e sim na **proteção dos direitos de crianças e adolescentes**, mas dado que a ação tramita perante a **Vara da Infância e Juventude da comarca**, a consulente encaminha presente solicitação de apoio solicitando orientação quanto a melhor solução para a matéria debatida nos autos sob a ótica do **direito do consumidor** e, em especial, quanto às questões abaixo aduzidas.

É breve o relato. Passa-se à apresentação de preliminares sobre o tema e, na sequência, à análise dos quesitos apresentados pela consulente.

2 - PRELIMINARES

As disposições normativas relacionadas ao autismo podem ser encontradas na Constituição Federal, na

Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, na Lei Brasileira de Inclusão (Lei Federal 13.146/2015) e na Lei Benenice Piana (Lei Federal n. 12.764/2012). Tais normas são de observância obrigatória, impostas a todos, Estado e sociedade em geral, no intuito de preservar e respeitar o direito das pessoas com deficiência, incluindo os autistas.

Considerando que há uma equiparação entre as pessoas com Transtorno do Espectro Autista e pessoas com deficiência, boa parte dos diplomas legais que asseguram os direitos das PCDs englobam as pessoas com TEA, assegurando direitos específicos às pessoas com esta condição, incluindo prioridade no tratamento de saúde.

2.1 - Transtorno do Espectro Autista (TEA)

A Lei Federal n. 12.764/2012, institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Em seu artigo 1º, §2º, a lei define que a pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais. A norma dispõe ainda acerca dos direitos básicos da pessoa com TEA:

“(…)

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

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

II - a proteção contra qualquer forma de abuso

III - e exploração; 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;

(…)”

A Nota Técnica N° 1/2022/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO (7524605) assegura cobertura ampla para indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Desde 12/07/2021, com a publicação da Resolução Normativa 469/2021 que alterou a RN n° 465/2021, para regulamentar a cobertura obrigatória de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para o tratamento/manejo do Transtorno do Espectro Autista (TEA), esses beneficiários têm acesso a um **número ilimitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento do autismo**. Isso se soma à cobertura ilimitada já existente para sessões com fisioterapeutas.

O número de sessões é ilimitado, sendo determinado pelo médico assistente do paciente. Além disso, as condutas médicas são ilimitadas para todas as especialidades médicas reconhecidas pelo CFM, incluindo pediatria, psiquiatria e neurologia, entre outras. Esses procedimentos têm como objetivo garantir uma assistência multidisciplinar aos beneficiários com TEA.

Em razão da Resolução Normativa n° 539/2022 (ANS), passou a ser obrigatória a cobertura para qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento do paciente que tenha os transtornos enquadrados na CID F84, conforme a Classificação Internacional de Doenças^[1].

A normativa também ajustou o anexo II do Rol para que as sessões ilimitadas com fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas englobem todos os transtornos globais de desenvolvimentos (CID F84).

No caso da cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista, o art. 3º, §4º, da Resolução Normativa nº 539/2022 (ANS) dispõe que a operadora deverá oferecer atendimento por profissional apto a executar o método e/ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente.

Destaca-se a decisão da Terceira Turma do STJ, que negou provimento a recurso especial de operadora de plano de saúde que questionava a cobertura do tratamento multidisciplinar, inclusive com musicoterapia, para pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a possibilidade de reembolso integral das despesas feitas pelo beneficiário do plano de saúde fora da rede credenciada^[2].

A relatora, ministra Nancy Andrighi, comentou que, embora a Segunda Seção do STJ tenha considerado taxativo o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o colegiado do tribunal, no julgamento do ano de 2022 (EREsp 1.889.704), manteve decisão da Terceira Turma que concluiu ser abusiva a recusa de cobertura de terapias especializadas prescritas para tratamento de TEA.

A ministra destacou que, após várias manifestações da ANS reconhecendo a importância das terapias multidisciplinares para os portadores de transtornos globais de desenvolvimento, a agência reguladora publicou a Resolução Normativa (RN) nº 539/2022, que ampliou as regras de cobertura assistencial para TEA. A agência também noticiou a obrigatoriedade da cobertura de quaisquer métodos ou técnicas indicados pelo médico para transtornos globais de desenvolvimento. Vejamos:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. NATUREZA TAXATIVA, EM REGRA, DO ROL DA ANS. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PRESCRITO PARA BENEFICIÁRIO PORTADOR DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. MUSICOTERAPIA. COBERTURA OBRIGATÓRIA. REEMBOLSO INTEGRAL. EXCEPCIONALIDADE (STJ - RECURSO ESPECIAL Nº 2.043.003 - SP 2022/0386675-0).

3 - QUESITOS:

a) Em especial, apurar se a criança (consumidor) possui ou não o direito que ora pleiteia de ser atendida, pelo plano de saúde, em serviços prestados pela rede privada, ante a alegação de que, a despeito da existência de serviços credenciados pelo plano de saúde, não vem obtendo sucesso nos agendamentos pretendidos, enfrentando longas filas de espera e negativas de atendimento, assim como se teria ou não direito a danos materiais e morais, como pleiteado. (sic)

R.: Diante do entendimento jurisprudencial do STJ e das diretrizes adotadas pela ANS, editando a RN 541/2022, que alterou a RN 465/2021, os planos de saúde devem cobrir os tratamentos necessários e, de forma ilimitada, para o melhor desenvolvimento dos pacientes com transtorno do espectro autista.

Art. 6º (...)

§ 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.

Assim, a demora na disponibilização dos tratamentos adequados para o TEA representa uma violação direta da dignidade da pessoa humana. Nesse contexto, a demora injustificada na provisão de tratamentos essenciais para o desenvolvimento e bem-estar de uma pessoa com TEA compromete sua qualidade de vida, podendo resultar em danos irreversíveis.

Diante do exposto, respondendo objetivamente ao quesito apresentado, a demora na liberação de procedimentos, pode ensejar indenização por danos morais e materiais a depender do caso concreto, pelo prejuízo experimentado pelo beneficiário titular e seus dependentes, já que há nítida falha de prestação de serviço médico hospitalar da empresa.

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços,

bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

§ 1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:

- I - o modo de seu fornecimento;
- II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam;
- III - a época em que foi fornecido.

*AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. VIOLAÇÃO DO ARTIGO 1.022 DO CPC/2015. NÃO OCORRÊNCIA. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO. ANS. ROL TAXATIVO. MITIGAÇÃO. TERAPIA ABA. COBERTURA OBRIGATÓRIA. LIMITAÇÃO DE SESSÕES. IMPOSSIBILIDADE. TRATAMENTO MÉDICO. COBERTURA. RECUSA INDEVIDA. DANOS MORAIS. CARACTERIZAÇÃO. 1. Não há falar em negativa de prestação jurisdicional se o tribunal de origem motiva adequadamente sua decisão, solucionando a controvérsia com a aplicação do direito que entende cabível à hipótese, apenas não no sentido pretendido pela parte. 2. Quando do julgamento dos EREsps nºs 1.886.929/SP e 1.889.704/SP (rel. Ministro Luis Felipe Salomão, DJe 3/8/2022), a Segunda Seção desta Corte Superior uniformizou o entendimento de ser o Rol da ANS, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios. 3. Na espécie, os tratamentos indicados estão relacionados com beneficiário portador de transtorno global do desenvolvimento, sendo exemplos o transtorno do espectro autista (TEA), a Síndrome de Asperger e a Síndrome de Rett. 4. A ANS já reconhecia a Terapia ABA como contemplada nas sessões de psicoterapia do Rol da Saúde Suplementar, havendo também considerações da CONITEC a respeito da viabilidade não só desse método no tratamento de determinados graus de TEA, mas também de outros métodos a serem discutidos com o profissional da saúde. 5. A ANS tornou obrigatória a cobertura, pela operadora de plano de saúde, de qualquer método ou técnica indicada pelo profissional de saúde responsável para o tratamento de Transtornos Globais do Desenvolvimento, entre os quais o transtorno do espectro autista, Síndrome de Asperger e a Síndrome de Rett. 6. A Autarquia Reguladora também aprovou o fim do limite de consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, além de ter revogado as Diretrizes de Utilização (DU) para tais tratamentos (RN-ANS nº 541/2022). 7. Esta Corte Superior firmou entendimento no sentido de que, **tendo se caracterizado a recusa indevida de cobertura pelo plano de saúde, deve ser reconhecido o direito à indenização por danos morais, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do usuário, já abalado e com a saúde debilitada.** 8. Agravo interno não provido. (STJ - AgInt no REsp: 1972494 RN 2021/0373351-5, Data de Julgamento: 28/11/2022, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 09/12/2022) (grifo nosso).*

b) se haveria obrigatoriedade, para a criança (consumidor), de deslocamento para serviços fora de seu domicílio credenciado pelo plano de saúde (ainda que dentro da área geográfica de abrangência do plano) e, em caso positivo, se haveria definição de quilometragem máxima a ser percorrida; (sic)

R.: A operadora de plano de saúde tem a obrigação de custear o transporte sempre que, por indisponibilidade ou inexistência de prestador no município da demanda, pertencente à área geográfica de abrangência do produto, o beneficiário seja obrigado a se deslocar para **município não limítrofe** para a realização do serviço ou procedimento de saúde contratado.

*Informativo nº 765/2023, da Quarta Turma - STJ: Plano de saúde. Indisponibilidade de prestador de serviço credenciado na área de abrangência. **Operadora que descumpra o dever de garantir o atendimento no mesmo município, ainda que por prestador não integrante da rede assistencial.** Dever de reembolso. (Processo em segredo de justiça, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, por unanimidade, julgado em 7/11/2023, DJe 14/11/2023) (grifo nosso)*

Diante do exposto, conclui-se que, a cobertura do plano de saúde deverá considerar, entre outras legislações, as normas vigentes que regulamentam as operadoras de planos de saúde, a exemplo da cobertura do transporte do paciente sempre que, por indisponibilidade ou inexistência de prestador no município da demanda, pertencente à área geográfica do produto, o beneficiário passa a ser obrigado a se deslocar para município não limítrofe para a realização do serviço ou procedimento de saúde contratado.

Acerca da questão da definição de quilometragem máxima a ser percorrida, as legislações que regulamentam a cobertura do plano de saúde não definem a questão. Consta apenas menção a município não limítrofe.

c) no caso do Transtorno de Espectro Autista – TEA, se haveria indicação de concentração de serviços em um mesmo local, para facilitar o atendimento, assim como indicação de permanência de atendimento com o mesmo profissional diante da formação de vínculo, favorável ao paciente/consumidor; (sic)

R.: A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) estabelece a prestação de serviços próximo ao domicílio da pessoa com deficiência, vejamos:

Art. 14. O processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência.

Parágrafo único. O processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

Art. 15. O processo mencionado no art. 14 desta Lei baseia-se em avaliação multidisciplinar das necessidades, habilidades e potencialidades de cada pessoa, observadas as seguintes diretrizes:

V - prestação de serviços próximo ao domicílio da pessoa com deficiência, inclusive na zona rural, respeitadas a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios locais e as normas do Sistema Único de Saúde (SUS). (grifamos).

Corroborando com esse entendimento, menciona-se julgado do TJSP:

A cobertura dar-se-á em rede referenciada e próxima à residência do menor. Inexistindo rede referenciada, será feita em rede livre escolha com reembolso integral dos valores gastos pelo segurado. Havendo clínica credenciada que realize o tratamento como prescrito pela médica e optando o segurado pela clínica particular, o reembolso será parcial, nos limites do contrato Sentença mantida Apelo desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1121481-40.2019.8.26.0100; Relator (a): HERTHA HELENA DE OLIVEIRA; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Guarulhos - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/06/2021; Data de Registro: 30/06/2021) (grifo nosso).

O descredenciamento de profissionais de saúde e de hospitais, é permitido pela Lei Federal nº 9.656/98. Entretanto, traz como obrigação para as operadoras de planos de saúde a prévia existência de outro prestador equivalente, na mesma localidade do prestador anterior, e desde que o paciente seja comunicado do descredenciamento com um mínimo de 30 dias de antecedência.

Ressalta-se que, mesmo que devidamente informado, o descredenciamento acaba gerando uma quebra na continuidade da relação com paciente com seu médico, especialmente em se tratando do TEA, a manutenção do vínculo terapêutico criado durante o tratamento do autismo é muito importante. A quebra do vínculo terapêutico pode acarretar risco de episódios de desregulação, comuns quando autistas são submetidos a mudanças bruscas de rotina, deslocamento, novos profissionais e novo ambiente, gerando sofrimento intenso. Nos termos da prescrição médica, é possível buscar na justiça a continuidade do tratamento na clínica em que já foi construído o vínculo^[3].

Portanto, é necessário avaliar como está atualmente a prestação de serviço, bem como se houve prejuízos à saúde do consumidor e, em caso positivo, quais foram os prejuízos existentes.

*EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - MENOR DE IDADE - TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) - PLANO DE SAÚDE - PRETENSÃO DE CUSTEIO DO TRATAMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA - IMPOSSIBILIDADE. Consoante jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, "o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento" (EAREsp. n. 1.459.849/ES, DJe: 17/12/2020). Não é possível determinar o custeio pelo plano de saúde do tratamento em clínica específica de escolha do apelante, porquanto ausente comprovação da incapacidade do correto atendimento do menor pelos profissionais especializados da rede credenciada. V.V.: **Demonstrada a necessidade de a parte autora, menor, portadora de Transtorno do Espectro Autista, realizar terapias multidisciplinares pelo método ABA, sem o qual o quadro da paciente se agrava consideravelmente, deve a operadora do plano de saúde ser compelida a fornecer o tratamento pleiteado na exordial, em observância ao melhor interesse da criança. Demonstrado que a alteração dos profissionais responsáveis pelo tratamento é prejudicial ao quadro da menor autista, necessária a manutenção do vínculo terapêutico, conforme precedentes deste Tribunal. Sentença reformada. Recurso provido para assegurar o tratamento médico com a mesma equipe multidisciplinar.** (TJ-MG - AC: 00398506020208130701, Relator: Des.(a) Edilson Olímpio Fernandes, Data de Julgamento: 21/03/2023, 6ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 27/03/2023) (grifo nosso).*

d) o que caracterizaria a não disponibilização do serviço pelo plano de saúde e, nesse sentido, se haveria descumprimento do contrato, pelo plano de saúde, em caso de serviço autorizado mas não efetivado por falta de vagas ou colocação em fila de espera. No mesmo sentido, se a comprovação de ausência de vagas ensejaria a necessidade de esgotamento, pelo consumidor, de procura por atendimento em todos os serviços credenciados na área de abrangência do plano de saúde; (sic)

R.: De acordo com o que determina a RN ANS nº566/2022^[4], caso não haja disponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

Seção II -Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Indisponibilidade ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto

Subseção I - Da Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede Assistencial no Município

Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do

beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. **(grifo nosso)**.

No Incidente de Assunção de Competência (IAC) nº 0018952-81.2019.8.17.9000, do TJPE definiu as seguintes teses:

***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^[5].*

***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.*

e) "em não sendo o caso de continuidade do tratamento na rede privada e sim na rede credenciada pelo plano de saúde, se haveria algum prazo máximo para o atendimento da criança com TEA no agendamento e na realização dos atendimentos." (sic)

R.: A Resolução Normativa 566/2022 da ANS dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. A operadora deverá garantir o atendimento integral nos seguintes prazos:

TIPO DE ATENDIMENTO	PRAZO MÁXIMO DE ATENDIMENTO (EM DIAS ÚTEIS)
Atendimento de urgência e emergência	Imediato
Exames de análises clínicas	03 (três)
Consulta básica (pediatra, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia) e Consulta odontológica	07 (sete)

TIPO DE ATENDIMENTO	PRAZO MÁXIMO DE ATENDIMENTO (EM DIAS ÚTEIS)
Demais serviços de diagnóstico/terapia em regime ambulatorial e Consulta/Sessão com outras especialidades (fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta)	10 (dez)
Consulta nas demais especialidades médicas	14 (quatorze)
Procedimentos de alta complexidade (PAC) e Internação eletiva (agendada)	21 (vinte e um)
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

- I - consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até sete dias úteis;
- II - consulta nas demais especialidades médicas: em até quatorze dias úteis;
- III - consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até dez dias úteis;
- IV - consulta/sessão com nutricionista: em até dez dias úteis;
- V - consulta/sessão com psicólogo: em até dez dias úteis;
- VI - consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até dez dias úteis;
- VII - consulta/sessão com fisioterapeuta: em até dez dias úteis;
- VIII - consulta/sessão com enfermeiro obstetra ou obstetriz: em até dez dias úteis;
- IX - consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até sete dias úteis;
- X - serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até três dias úteis;
- XI - demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até dez dias úteis;
- XII - tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes e procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar: em até dez dias úteis, podendo ser realizado de maneira fracionada por ciclo;
- XIII - atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- XIV - atendimento em regime de hospital-dia: em até dez dias úteis;

XV - tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamento para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes: em até 10 (dez) dias úteis, cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo; e

XVI - tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar: em até 10 (dez) dias úteis, cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

(...) (grifo nosso).

Os pedidos de cobertura de terapia devem ocorrer em 10 dias úteis, a contar da data de solicitação realizada pelo paciente.

Vale destacar que a Resolução mencionada estipula que, nos casos de urgência e emergência, o atendimento do plano de saúde deve ser imediata. Assim, caso pedido do profissional médico indique urgência, o prazo de 10 dias úteis pode ser reduzido.

Para cumprir o prazo necessário, caso não haja profissional ou estabelecimento da rede conveniada disponível no período, a operadora de plano de saúde deve indicar um profissional ou estabelecimento mesmo fora da rede conveniada do plano e custear o atendimento.

Caso não haja profissional ou estabelecimento disponível no município onde o beneficiário procurou o atendimento, a operadora deverá garantir o atendimento em outro município, tendo, inclusive, que transportar o beneficiário ou reembolsar o consumidor em algumas situações.

Se nenhuma das opções anteriores for possível e o beneficiário tiver que arcar com os custos do atendimento, a operadora deverá fazer o reembolso integral no prazo de até 30 dias, contados da data de solicitação do reembolso. Caso o contrato preveja opção de livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites estabelecidos contratualmente.

Registra-se, por fim, que os prazos acima mencionados valem para atendimento por um dos profissionais ou estabelecimentos de saúde da rede conveniada ao plano, e não para atendimento por um profissional ou estabelecimento específico de preferência do consumidor. Entretanto, repita-se que especialmente no caso dos indivíduos do espectro autista, deve ser observado que a quebra do vínculo terapêutico criado durante o tratamento pode acarretar risco de episódios de desregulação, comuns quando autistas são submetidos a mudanças bruscas de rotina, deslocamento, novos profissionais e novo ambiente, gerando sofrimento intenso. Nos termos da prescrição médica, portanto, é possível buscar na justiça a continuidade do tratamento na clínica em que já foi construído o vínculo.

Belo Horizonte, 07 de junho de 2024

Fernando Lucas de Almeida Pereira

Assessor Jurídico
(Elaboração)

Regina Sturm Vilela
Assessora Jurídica
(Revisão)

Belo Horizonte, 07 de junho de 2024

De acordo com a manifestação, após revisão.

Christiane Pedersoli
Coordenadora

[1] <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-altera-regras-de-cobertura-para-tratamento-de-transtornos-globais-do-desenvolvimento>

[2] <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2023/12042023-Tratamento-multidisciplinar-de-autismo-deve-ser-coberto-de-maneira-ampla-por-plano-de-saude.aspx>

[3] <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/manutencao-do-vinculo-terapeutico-no-tratamento-do-autismo-pelo-plano-de-saude/2378789941>

[4] https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2023/res0566_02_01_2023.html

[5] https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2023/res0566_02_01_2023.html

[6] <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc1OA==>



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDO LUCAS DE ALMEIDA PEREIRA, ASSESSOR DE PROMOTOR DE JUSTICA**, em 07/06/2024, às 17:16, conforme art. 22, da Resolução PGJ n. 27, de 17 de dezembro de 2018.



Documento assinado eletronicamente por **REGINA STURM VILELA, FG-2**, em 07/06/2024, às 17:48, conforme art. 22, da Resolução PGJ n. 27, de 17 de dezembro de 2018.



Documento assinado eletronicamente por **CHRISTIANE VIEIRA SOARES PEDERSOLI, COORDENADOR II**, em 11/06/2024, às 13:16, conforme art. 22, da Resolução PGJ n. 27, de 17 de dezembro de 2018.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://www.mpmg.mp.br/sei/processos/verifica>, informando o código verificador **7536934** e o código CRC **882F04C7**.