



PODER JUDICIÁRIO  
SUPERIOR TRIBUNAL MILITAR

**ATO DELIBERATIVO Nº 137**

*Dispõe sobre a redução da coparticipação aos beneficiários do Plano de Saúde da Justiça Militar da União (PLAS/JMU) para o percentual de 10% (dez por cento) do valor dos procedimentos assistenciais realizados, exclusivamente, por beneficiários diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Assemelhados.*

**O PRESIDENTE DO CONSELHO DELIBERATIVO DO PLANO DE SAÚDE DA JUSTIÇA MILITAR DA UNIÃO (CDPLAS/JMU)**, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo §2º, do Art. 42, da Resolução 334, de 22 de agosto de 2023, que dispõe sobre o Regulamento Geral do Plano de Saúde da Justiça Militar da União (PLAS/JMU), considerando a decisão colegiada levada a efeito na III Reunião Ordinária do CDPLAS/JMU, de 21 de agosto de 2025 e ratificada na IV Reunião Ordinária do CDPLAS/JMU, de 17 de novembro de 2025,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Dispor sobre a redução da coparticipação aos beneficiários do PLAS/JMU de até 18 anos de idade, para o percentual de 10% (dez por cento) do valor dos procedimentos assistenciais realizados, exclusivamente, por beneficiários diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Assemelhados em tratamento multidisciplinar.

**Art. 2º** Para efeito deste Ato Deliberativo, entende-se por tratamento multidisciplinar seriado o conjunto de procedimentos terapêuticos realizados em múltiplas sessões sucessivas, com objetivo de ganho funcional, cognitivo, comportamental ou de comunicação, sob prescrição e acompanhamento de profissional habilitado.

**§ 1º** Os serviços que se enquadram no conceito de tratamento seriado incluem, mas não se limitam a:

- I – Terapia ocupacional;
- II – Fisioterapia motora e/ou neurológica;
- III – Fonoaudiologia;
- IV – Psicoterapia individual; e
- V – Psicopedagogia.

**§ 2º** O tratamento seriado será considerado para fins de Coparticipação Reduzida quando devidamente prescrito em relatório médico atualizado e fundamentado, acompanhado de justificativa técnica pormenorizada e indicação clínica compatível com os diagnósticos contemplados.

**§ 3º** Define-se Assemelhados ao Transtorno do Espectro Autista os casos de doenças que levem a déficit mentais, com dificuldades de interação social, problemas de comunicação, e que necessitem de tratamento multidisciplinar seriado, conforme descrito no § 1º deste artigo.

**Art. 3º** A concessão da Coparticipação Reduzida ao percentual de 10% (dez por cento) para beneficiários com diagnóstico de **Transtorno do Espectro Autista (TEA)** fica restrita aos casos classificados como níveis: **II de suporte** - requer apoio substancial; e **III de suporte** - requer apoio muito substancial ou total, não contemplando, portanto, o nível: **I de suporte** - Leve

**§ 1º** A classificação deverá estar fundamentada em laudo médico especializado e atualizado, com referência ao diagnóstico segundo os critérios do **DSM-5** (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e/ou da **CID-10/CID-11**, bem como descrição clínica pormenorizada da necessidade de apoio substancial ou muito substancial.

**§ 2º** Somente serão reconhecidos os laudos médicos emitidos por profissionais especialistas e devidamente registrados em conselho de classe, sendo indispensável o preenchimento e envio do Anexo constante neste Ato Deliberativo.

**Art. 4º** A aplicação da Coparticipação Reduzida observará os seguintes critérios:

- I - Abrangência: todos os procedimentos realizados por beneficiários com os diagnósticos listados no Caput do Art. 1º;
- II - Controle: condicionada à análise e autorização da Auditoria Médica do PLAS/JMU, mediante apresentação de laudos e relatórios periódicos (sempre atualizados), com a validade do Laudo Pericial limitada a 12 (doze) meses; e
- III - Vigência: a Coparticipação Reduzida poderá ser revista a qualquer momento pela administração do PLAS/JMU, após decisão do CDPLAS.

**Art. 5º** Compete à Diretoria de Saúde, ouvida a Auditoria Médica do PLAS/JMU:

- I - analisar e validar os laudos médicos apresentados, para fins de Coparticipação;
- II - autorizar a concessão do benefício de Coparticipação Reduzida;
- III - acompanhar a evolução clínica, mediante relatórios técnicos periódicos (atualizados); e
- IV - propor revisão da concessão, quando necessário.

**Art. 6º** Fica revogado o Ato Deliberativo nº 135, de 22 de setembro de 2025.

**Art. 7º** Este Ato Deliberativo entra em vigor na data de sua publicação.

Ministro Ten Brig Ar **FRANCISCO JOSELI PARENTE CAMELO**  
Presidente do Conselho Deliberativo do PLAS/JMU



Documento assinado eletronicamente por **FRANCISCO JOSELI PARENTE CAMELO, MINISTRO-PRESIDENTE DO CONSELHO DELIBERATIVO DO PLAS**, em 04/12/2025, às 18:14 (horário de Brasília), conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [http://sei.stm.jus.br/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.stm.jus.br/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0) informando o código verificador **4665678** e o código CRC **B9360B2C**.

## ANEXO

### FORMULÁRIO - LAUDO MÉDICO PARA REDUÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO (Ato Deliberativo nº 137 /2025 - CDPLAS/JMU)

#### IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

---

---

---

---

#### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

Especialidade:

Nº CRM: \_\_\_\_\_

UF:

E-mail:

#### DIAGNÓSTICO CLÍNICO

CID-10 / CID-11:

Descrição diagnóstica:

---

---

---

#### CLASSIFICAÇÃO ESPECÍFICA (APENAS PARA TEA)

Grau de gravidade (conforme DSM-5):

- ☐ Nível I – Requer apoio leve  
☐ Nível II – Requer apoio substancial  
☐ Nível III – Requer apoio muito substancial

(Obs.: para efeitos deste Ato Deliberativo, a redução da coparticipação aplica-se somente aos **graus II e III**).

---

**INDICAÇÃO DE TRATAMENTO SERIADO**

- ( ) Terapia ocupacional  
( ) Fisioterapia (motora/neurológica)  
( ) Fonoaudiologia  
( ) Psicoterapia individual  
( ) Psicopedagogia  
( ) Outro(s):

---

Número estimado de sessões semanais:

Duração prevista do plano terapêutico: \_\_\_\_\_ meses

---

**JUSTIFICATIVA CLÍNICA**

(Descrever detalhadamente as limitações funcionais, comportamentais ou cognitivas que justificam a indicação do tratamento seriado, ressaltando a necessidade de apoio substancial ou muito substancial nos casos de TEA).

---

**DECLARAÇÃO E RESPONSABILIDADE MÉDICA**

Declaro, para os devidos fins, que as informações acima são verdadeiras e correspondem ao quadro clínico atual do paciente, sendo a indicação terapêutica realizada de acordo com evidências médicas e necessidade assistencial estando o paciente sob meus cuidados terapêuticos.

(Local e Data):

---

Carimbo e assinatura do Médico Assistente