



APELAÇÃO CÍVEL Nº 0862248-87.2025.8.19.0001

APELANTE: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.

APELADA: TAINA SOUZA DE MIRANDA

RELATORA: DES. MARIA DA PENHA NOBRE MAURO

ACÓRDÃO

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. CUSTEIO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. GASTROPLASTIA ENDOSCÓPICA REDUTORA. NEGATIVA DE COBERTURA. ROL DA ANS. RECURSO DESPROVIDO.

1. Ação de obrigação de fazer cumulada com pedido indenizatório, com tutela de urgência, ajuizada por beneficiária de plano de saúde visando autorização e custeio de gastroplastia endoscópica redutora, indicada por prescrição médica em razão de obesidade grau III com comorbidades e risco iminente à saúde.
2. A ré sustentou ausência de negativa formal, necessidade de observância das diretrizes da ANS, impossibilidade de custeio fora da rede credenciada e ausência de comprovação dos requisitos para cobertura obrigatória.
3. O contrato de plano de saúde é regido pelo CDC, devendo ser interpretado de forma mais favorável ao consumidor, sendo nulas as cláusulas abusivas que limitem o direito ao tratamento adequado.
4. A operadora responde objetivamente pelos danos decorrentes da prestação do serviço, nos termos do art. 14 do CDC.
5. A jurisprudência reconhece que a indicação do tratamento compete ao médico assistente, sendo abusiva a limitação contratual que exclua o custeio

de meios e materiais necessários ao tratamento de doença coberta.

6. O rol da ANS possui natureza exemplificativa, servindo como referência mínima, sendo obrigatória a cobertura de procedimentos não incluídos, desde que preenchidos os requisitos: prescrição médica, ausência de alternativa terapêutica adequada, comprovação científica de eficácia e registro na Anvisa.

7. Restou comprovada a necessidade do procedimento, a inexistência de alternativa terapêutica eficaz e a urgência do quadro clínico.

8. A ausência de profissional habilitado na rede credenciada não pode ser oposta ao consumidor, cabendo à operadora viabilizar o atendimento.

10. Não houve condenação por dano moral.

11. Recurso desprovido. Sentença mantida. Majoração dos honorários advocatícios.

12. Recurso desprovido.

Vistos, relatados e discutidos estes autos da apelação nº **0862248-87.2025.8.19.0001**, em que figura como apelante **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.** como apelado **TAINA SOUZA DE MIRANDA**.

ACORDAM os Desembargadores que compõem a Sexta Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, em **NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO**, nos termos do voto da Desembargadora Relatora, na forma da certidão de julgamento que será publicada.

RELATÓRIO

Trata-se de ação de obrigação de fazer c/c indenizatória, com pedido de tutela de urgência, proposta por **TAINA SOUZA DE MIRANDA** em face de **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A**, visando autorização e custeio de procedimento cirúrgico de gastroplastia endoscópica redutora, alegando quadro de obesidade grau III com comorbidades e risco iminente à saúde, conforme relatório médico acostado aos autos. A parte autora

pleiteou, ainda, a concessão do benefício da gratuidade de justiça, a inversão do ônus da prova e a fixação de multa diária em caso de descumprimento da ordem judicial, bem como a condenação da ré ao pagamento de custas e honorários advocatícios ao final do processo.

A parte autora narra ser beneficiária do plano de saúde AMIL FÁCIL 50 RJ_NEXT, com atendimento ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, estando adimplente com suas obrigações contratuais.

Alega apresentar graves problemas de saúde associados à obesidade, com risco iminente de vida, conforme relatório médico que indicou a necessidade de realização de gastroplastia redutora endoscópica revisional. Informou que buscou autorização junto à operadora ré, protocolando o pedido em 22 de maio de 2025, mas não obteve resposta em tempo hábil, caracterizando negativa tácita.

Sustenta que preenche todos os requisitos para a realização do procedimento, inclusive comorbidades associadas à obesidade, e requereu a concessão de tutela de urgência para que a ré autorizasse e custeasse o procedimento cirúrgico indicado, incluindo todos os insumos necessários, sob pena de multa diária, além da inversão do ônus da prova e condenação da ré ao pagamento de custas e honorários advocatícios em 20% do valor da causa.

Decisão no evento 6, deferindo a tutela de urgência pleiteada.

O Juízo a quo deferiu o pedido de gratuidade de justiça e concedeu a tutela de urgência, determinando que a ré autorizasse e custeasse o procedimento cirúrgico, bem como todos os insumos necessários, no prazo de cinco dias, sob pena de multa diária, além de se abster de qualquer ato que interrompesse o tratamento enquanto perdurasse a necessidade clínica, conforme laudos médicos (ID 195882657).

Contestação ofertada em ID 201636457, na qual alega inexistência de negativa de cobertura, ausência de solicitação prévia de autorização pela via administrativa e descumprimento dos critérios contratuais e das diretrizes da ANS para cobertura do procedimento.

Sustenta que o procedimento foi orçado fora da rede credenciada, que não houve comprovação dos requisitos exigidos pela Diretriz de Utilização nº 27 da ANS e que a autora buscava custeio de tratamento particular, em afronta ao princípio do mutualismo.

Requer a improcedência dos pedidos e a condenação da autora ao pagamento das custas e honorários advocatícios.

A autora apresentou réplica, em ID 202907197, reiterando a urgência do quadro clínico e a ausência de indicação de profissional específico, manifestando-se pela inexistência de restrição quanto à realização do procedimento com médico credenciado pela ré. Renovou o pedido de arresto de valores para garantir o cumprimento da tutela.

No curso do processo, foram proferidas decisões determinando a penhora online de valores para assegurar a realização do procedimento, diante do descumprimento da tutela de urgência pela ré (ID 212623614).

Ambas as partes foram instadas a especificar as provas que pretendiam produzir, tendo a autora informado não possuir mais provas a produzir, requerendo o julgamento antecipado da lide, e a ré manifestado desinteresse na produção de outras provas, reiterando os termos da contestação (ID 240047051 e ID 240694203).

Foi proferida decisão saneadora, declarando o feito saneado e indeferindo a produção de outras provas, diante da suficiência dos elementos constantes dos autos para o julgamento do mérito (ID 245884702).

Acórdão em ID 268151990 negando provimento ao agravo de instrumento interposto pela ré.

Conclusos os autos, foi proferida sentença em (ID 292804635), que julgou procedentes os pedidos, nestes termos:

“(...)Além disso, comprovada a necessidade do tratamento para preservação da saúde do paciente, deve o

plano de saúde arcar com os custos do tratamento indicado pelo profissional médico, conforme entendimento cristalizado no verbete nº 211, da Súmula de Jurisprudência deste Tribunal, vazado nos seguintes termos:

"(...) Havendo divergência entre o seguro saúde contratado e o profissional responsável pelo procedimento cirúrgico, quanto à técnica e ao material a serem empregados, a escolha cabe ao médico incumbido de sua realização."

Assim, é pacífico o entendimento de que os planos de saúde não podem se recusar a custear tratamento prescrito pelo médico. Importa a existência de cobertura do contrato para a doença apresentada e não a forma como o tratamento será realizado. A parte autora comprovou sua enfermidade, bem como a necessidade de intervenção cirúrgica. Outrossim, não se admite a prevalência do ato jurídico perfeito e do equilíbrio contratual quando contrastados com outros interesses constitucionalmente qualificados, como o direito à vida e à saúde, estes com substrato no princípio da dignidade da pessoa humana, devendo a ponderação pender sempre em prol destes últimos vetores.

Salienta-se que a finalidade do contrato de plano de saúde é garantir a integridade física e a própria sobrevivência do segurado, sendo o seu principal objeto a proteção da saúde do contratante que, ao firmar o ajuste, acredita estar cuidando de preservar sua vida e esperando que, ao ser surpreendido por uma situação adversa concernente à sua saúde, tenha assegurado seu direito ao tratamento mais adequado e recomendado pelo médico que lhe assiste.

*Pelo exposto, **JULGO PROCEDENTE** o pedido da parte autora para tornar definitiva a decisão que concedeu a tutela de urgência de id.195882657.*

Condeno a parte ré ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios que fixo em R\$ 3.000,00 (três mil reais), nos termos do art 85, § 8º, do CPC sobre o valor da causa.

Após o trânsito em julgado, remetam-se à Central de Arquivamento.

P.R.I. “

Decisão em ID 287814747 rejeitando os embargos de declaração em ID 284548292.

A ré interpôs recurso de apelação, reiterando as teses de ausência de negativa formal, necessidade de observância das diretrizes da ANS, impossibilidade de custeio de procedimento fora da rede credenciada e ausência de comprovação dos requisitos para cobertura obrigatória. Sustenta, ainda, a inexistência de dano moral.

Pugna seja a sentença reformada para que julgados improcedentes os pedidos ((ID 292804635).

Foram apresentadas contrarrazões pela parte autora, defendendo o acerto da sentença e o preenchimento dos requisitos para cobertura do procedimento, inclusive à luz do entendimento do STF na ADI 7265, ressaltando a existência de prescrição médica, ausência de alternativa terapêutica adequada no rol da ANS, comprovação científica de eficácia e registro do procedimento na Anvisa (ID 285781420).

É o relatório.

VOTO

O recurso deve ser recebido e conhecido, eis que preenchidos todos os seus requisitos de admissibilidade.

Cuida-se de ação de obrigação de fazer c/c indenizatória, com tutela de urgência, ajuizada em face de TAINA SOUZA DE MIRANDA, que julgou procedente o pedido inicial para tornar definitiva a decisão que concedeu a tutela de urgência, condenando a parte ré ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, fixados em R\$ 3.000,00 (três mil reais), nos termos do art. 85, § 8º, do CPC, sobre o valor da causa.

A ré se insurge sob o argumento de que o procedimento foi solicitado em clínica particular e com médico não credenciado, sem prévia solicitação de autorização junto à rede credenciada, em afronta ao contrato firmado entre as partes. Sustenta que não houve negativa de cobertura, mas sim ausência de observância dos trâmites administrativos previstos.

Inicialmente, ressalto que se trata de hipótese subsumida ao Código de Defesa do Consumidor, eis que presentes os requisitos da relação jurídica de consumo.

Releve-se que, em contrapartida ao pagamento dos valores do plano de saúde, assume a operadora de plano de saúde as consequências econômicas de sinistros contratualmente previstos ou cuja cobertura seja imposta por lei.

O fornecedor responde objetivamente pelos danos causados ao consumidor em razão do produto ou serviço prestado, conforme dispõe o art. 14, do CDC.

Ademais, registre-se que o contrato firmado entre as partes é de adesão, devendo, por determinação das leis consumeristas, ser interpretado de maneira mais favorável ao consumidor, destacando-se, ainda, a nulidade de pleno direito das cláusulas abusivas.

Conforme o laudo médico a autora é portadora de comorbidades associada à obesidade crônica. O quadro apresenta dispneia aos médios esforços, esteatose hepática, dor osteoarticular restritiva em joelhos, ronco, apneia do sono. Constatou-se, que a autora realizou diversos tratamentos clínicos e medicamentosos sem sucesso, além de ter se submetido à cirurgia bariátrica de

Bypass, contudo apresentou recidiva do peso e encontra-se com obesidade grau III, consoante se verifica:

DR RICARDO FITTIPALDI FERNANDEZ
MEMBRO TITULAR DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE
GASTROENTEROLOGIA
GASTROENTEROLOGIA – ENDOSCOPIA DIGESTIVA
CRM 5268675-1

PACIENTE: TAINÁ CARVALHO BRAGA DE SOUZA

Paciente de 28 anos, portador de comorbidades associadas a obesidade crônica, tais como dispneia aos médios esforços, esteatose hepática, dor osteoarticular restritiva em joelhos, ronco, apnéia do sono, no momento medindo 1,64 m e pesando 107 kg, com IMC de 39,78. Paciente realizou diversos tratamentos clínicos e medicamentosos sem sucesso há longo prazo, além de já ter se submetido à cirurgia bariátrica de Bypass, tendo apresentado sucesso (chegou a 60 kg). Contudo, apresentou importante recidiva do peso, encontrando-se hoje novamente em obesidade grau III. Sabendo-se que a obesidade é doença crônica, incurável, e progressiva se não tratada, urge que a **REVISÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA POR ENDOSCOPIA SEJA REALIZADA(!)**, sob risco do agravamento do quadro clínico da paciente se tal mal não for combatido. Pelo quadro clínico proposto acima, indico como método de escolha a **GASTROPLASTIA REDUTORA ENDOSCÓPICA REVISIONAL, (NÃO É CIRURGIA BARIÁTRICA CONVENCIONAL FEITA POR LAPAROSCOPIA. É FEITA POR ENDOSCOPIA!)**, por ser um método menos invasivo e de menor risco que a cirurgia bariátrica convencional, que realiza amputação de órgão. O atraso na realização do método pode gerar agravamento à saúde do paciente por conta das doenças associadas, que podem apresentar quadros clínicos agudos de risco. Portanto, considero o procedimento em caráter de urgência.

SOLICITO:

- Sutura Gástrica Endoscópica para realizar Gastroplastia Endoscópica Redutora, associado a Tratamento Multidisciplinar de Reeducação Alimentar e Mudança de Hábitos de Vida por 12 meses tendo em vista a gravidade da doença e potencial risco de vida. CID: E66, E90, E68;

- solicito a compra de material de endossutura gástrica- Apollo overstretch composto por duas manoplas, duas pinças tipo Helix, 1 overtube, 12 fios de sutura e 12 dispositivos tipo "cinch".

Procedimento: Vídeo-Endoscopia Digestiva Alta, sob supervisão de anestesiológico, com internação hospitalar por 24 horas, associado à Sutura Gástrica Endoscópica Redutora.

Indicação:

Paciente com IMC de 39,78, com mais de 5 anos de tratamento frustrado para obesidade. Necessita do tratamento acima com acompanhamento com equipe multidisciplinar por ser um método menos invasivo e com menor risco associado.

Dr. Ricardo Fittipaldi Fernandez
Membro Titular da FBG
CRM: 5268675-1

Acrescente-se, que o laudo médico é categórico ao afirmar que uma nova cirurgia bariátrica convencional aumentaria os riscos de mortalidade e complicações. Nesse sentido, a indicação da Gastroplastia Endoscópica Revisional, por ser minimamente invasiva e de baixo risco é o método melhor indicado.

Nesse diapasão, os Tribunais vêm rechaçando as limitações impostas pelas operadoras de planos de saúde quanto aos tratamentos, métodos e materiais necessários para a tratamento de doenças cobertas pelo plano. Fundamentam essa rejeição no entendimento de que a escolha do método de diagnóstico, do material e/ou do tratamento mais adequado para a saúde do paciente compete exclusivamente ao médico assistente. Isso se reforça pelo fato de que o objetivo final do contrato de plano de saúde é justamente a manutenção da saúde do consumidor. Desse modo, qualquer cláusula que limite a prerrogativa médica é considerada abusiva, por colocar o consumidor em desvantagem excessiva.

Nesse sentido:

“CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AFRONTA AOS ARTS. 489 E 1.022 DO CPC/2015. FUNDAMENTAÇÃO RECURSAL DEFICIENTE. SÚMULA N. 284/STF. CITAÇÃO DE ARTIGOS. SÚMULA N. 284/STF. DECISÃO AGRAVADA. FUNDAMENTOS. IMPUGNAÇÃO. AUSÊNCIA. SÚMULA N. 182/STJ. PLANO DE SAÚDE. CÂNCER. CIRURGIA. NATUREZA DO ROL DA ANS. IRRELEVÂNCIA. CUSTEIO. POSSIBILIDADE. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA N. 83/STJ. REEMBOLSO INTEGRAL. SÚMULA N. 83/STJ. DECISÃO MANTIDA.”

1. Conforme o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, é deficiente a fundamentação recursal que alega ofensa ao art. 1.022 do CPC/2015, de forma genérica, sem apontar claramente os supostos vícios de fundamentação existentes no aresto impugnado. Precedentes.”

2. É "impossível o conhecimento do recurso pela alínea 'a', já que citação de passagem de artigos de lei não é suficiente para caracterizar e demonstrar a contrariedade a lei federal, posto ser impossível identificar se o foram citados meramente a título argumentativo ou invocados como núcleo do recurso especial interposto" (REsp n. 1.853.462/GO, Relator Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 24/11/2020, DJe 4/12/2020), o que ocorreu.

3. É inviável o agravo previsto no art. 1.021 do CPC/2015 que deixa de atacar especificamente os fundamentos da decisão agravada (Súmula n. 182/STJ).

4. Para a jurisprudência do STJ, no caso de tratamento oncológico, há apenas uma diretriz na resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para o custeio de medicamentos, motivo pelo qual é irrelevante a discussão da natureza taxativa ou exemplificativa do rol de procedimentos da mencionada agência reguladora. Precedentes.

5. Os planos de saúde possuem o dever de cobertura de procedimentos e exames integrantes do tratamento oncológico. Precedentes.

5.1. O Tribunal de origem determinou o custeio, pelo plano de saúde, da cirurgia integrante do tratamento de câncer da parte agravada (prostatectomia robótica), conforme a prescrição médica, o que não destoia do entendimento desta Corte Superior.

6. Inadmissível o recurso especial quando o entendimento adotado pelo Tribunal de origem coincide com a jurisprudência do STJ (Súmula n. 83/STJ).

7. O usuário faz jus ao reembolso integral das despesas médicas, quando comprovado o inadimplemento contratual do plano de saúde relativo à recusa do custeio

do tratamento prescrito pelo médico assistente. Precedentes.

7.1. A Corte local condenou a empresa agravante ao reembolso integral das despesas médicas, ante sua recusa indevida da cobertura médica. Caso de aplicação da Súmula n. 83/STJ.

8. Agravo interno parcialmente conhecido e, na parte conhecida, desprovido. (AgInt no REsp 2108528 / SP - Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA - QUARTA TURMA - Julgamento: 12/08/2024 - Publicação: DJe 15/08/2024.

Igualmente, não sustenta a alegação de que o procedimento não integra o rol obrigatório da ANS, uma vez que, após o julgamento da ADI 7265 pelo Supremo Tribunal Federal, firmou-se o entendimento de que o rol da ANS possui natureza exemplificativa, servindo como referência mínima de cobertura, sendo possível a obrigatoriedade de procedimentos não incluídos, desde que preenchidos cumulativamente os requisitos estabelecidos: (i) prescrição por profissional habilitado; (ii) inexistência de negativa expressa da ANS ou de análise pendente; (iii) ausência de alternativa terapêutica adequada no rol; (iv) comprovação científica robusta de eficácia e segurança; e (v) registro do procedimento na Anvisa.

Além disso, restou demonstrada a inexistência de alternativa terapêutica adequada no rol da ANS, tendo em vista o histórico de insucesso de outros tratamentos e a gravidade do quadro clínico.

Incide, no caso concreto, o princípio da função social dos contratos, insculpido no art. 421, do CC, mormente considerando que o objeto do contrato se relaciona com a preservação de direitos fundamentais da pessoa humana, quais sejam, direitos à vida e à saúde.

Saliente-se o Enunciado nº 340, da Súmula desta Corte de Justiça, que ora transcrevo:

“Ainda que admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor, revela-se abusiva a que exclui o custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento da doença coberta pelo plano.”

Esse é o entendimento do Superior Tribunal de Justiça:

"CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. PLANO DE SAÚDE. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022 DO NCPC. NÃO OCORRÊNCIA. AUTOR PORTADOR DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES. IMPOSSIBILIDADE. ROL DA ANS. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONFORMIDADE COM A JURISPRUDÊNCIA DA TERCEIRA TURMA. AGRAVO INTERNO DA AMIL NÃO PROVIDO. 1. Aplica-se o NCPC a este julgamento ante os termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC. 2. Não há falar em omissão, falta de fundamentação ou negativa de prestação jurisdicional, na medida em que o Tribunal estadual dirimiu, fundamentadamente, as questões que lhe foram submetidas, apreciando a controvérsia posta nos autos. 3. 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. 4. Em que pese a existência de precedente da eg. Quarta Turma entendendo ser legítima a recusa de

cobertura com base no rol de procedimentos mínimos da ANS, esta eg. Terceira Turma, no julgamento do REsp nº 1.846.108/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, julgado aos 2/2/2021, reafirmou sua jurisprudência no sentido do caráter exemplificativo do referido rol de procedimentos. Precedentes da Terceira Turma. 5. Agravo interno da AMIL não provido. (AgInt no AREsp 1864001/RJ, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 11/10/2021, DJe 14/10/2021)".

Desse modo, havendo obrigatoriedade da cobertura, não assiste razão ao apelante, na medida em que a ANS dispõe expressamente no sentido de que é obrigatória a cobertura de procedimento com fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios quando ligados ao ato cirúrgico, como ocorre no caso dos autos.

Vale destacar que, na forma do Enunciado 211, da Súmula do TJRJ, cabe ao profissional médico que acompanha o paciente deliberar sobre a melhor terapia a ser utilizada no tratamento, e não à operadora de saúde, *in verbis*:

"Havendo divergência entre o seguro saúde contratado e o profissional responsável pelo procedimento cirúrgico, quanto à técnica e ao material a serem empregados, a escolha cabe ao médico incumbido de sua realização."

Frise-se que não se configura legítimo retirar do usuário o direito ao melhor tratamento à sua saúde e desenvolvimento físico e cognitivo, proporcionando autonomia, afigurando-se abusiva a conduta que limita o tratamento.

Em outras palavras, em que pese a alegação de que o procedimento foi orçado fora da rede credenciada, observa-se dos autos que a autora não se opôs à sua realização por profissional indicado pela operadora, desde que apto e disponível, não havendo demonstração de recusa injustificada. Eventuais dificuldades administrativas ou a ausência de profissionais habilitados



Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro
Sexta Câmara de Direito Privado
Desembargadora Maria da Penha Nobre Mauro



na rede são de responsabilidade da própria operadora, não podendo ser opostas à consumidora. Dessa forma, não se mostra razoável a negativa de cobertura.

Relativamente ao dano moral, não houve condenação, nesse sentido.

Desta feita, deve ser mantida a sentença vergastada.

Ante o exposto, VOTO no sentido de **NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO**. Majoro a verba honorária em 2%, nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

Rio de Janeiro, na data da assinatura digital.

MARIA DA PENHA NOBRE MAURO
Desembargadora Relatora

