

12ª CÂMARA DE DIREITO PRIVADO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RJ

APELAÇÃO CÍVEL

PROCESSO N.º 0889871-97.2023.8.19.0001

APELANTE: BRADESCO SAÚDE S.A.

APELADA: GABRIELA DE MEDEIROS LEAL REP/P/S/MÃE VANESSA

MARQUES DE MEDEIROS LEAL

RELATOR: DESEMBARGADOR JOSÉ CARLOS PAES

APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. MENOR PORTADORA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE TERAPIAS, DEVIDAMENTE ATESTADA POR LAUDO MÉDICO. PROCEDIMENTOS INSERIDOS NA RESOLUÇÃO NORMATIVA N.º 469, DE 09 DE JULHO DE 2021, DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. OBRIGATORIEDADE DE COBERTURA. PRETENSÃO DE CUSTEIO DE TRATAMENTOS FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO INTEGRAL. POSSIBILIDADE. DANO MORAL CONFIGURADO. TEMA 1.365/STJ. QUANTUM DEBEATUR. MANUTENÇÃO. JUROS E CORREÇÃO. ALTERAÇÃO DE OFÍCIO. HONORÁRIOS RECURSAIS.

1. O caso versa sobre relação de consumo, pois a parte autora enquadra-se no conceito de consumidor descrito no art. 2º do Código de Proteção e Defesa do Consumidor e a demandada no de fornecedor, nos termos do *caput* do art. 3º do mesmo diploma legal, uma vez que aquela é a destinatária final dos serviços prestados pela operadora. Posto isso, deve o apelo ser julgado de acordo com as regras do CPDC.

2. Os laudos médicos apresentados no decorrer da instrução processual indicam que a criança Gabriela, com oito anos ao tempo do ajuizamento, é portadora de diagnóstico de Síndrome de Waardenburg tipo IV e transtorno do espectro autista, razão pela qual necessita de tratamento multidisciplinar contínuo com diversas espécies



terapia, a saber: fonoaudiologia com ênfase em linguagem e terapia ABA, psicologia com ênfase em terapia ABA, psicopedagogia com ênfase em neurociências e terapia ABA e terapia ocupacional com ênfase em integração sensorial e terapia ABA e fisioterapia motora.

3. É cediço que a pessoa diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista tem o direito à saúde devidamente assegurado, devendo ser implementado por políticas públicas e pelas entidades privadas, com vistas a garantir a efetividade do tratamento e desenvolvimento adequado, mediante melhoramento do processo de interação e comunicação social do indivíduo (artigos 2º, III, 3º, III e 5º, da Lei n.º 12.764/12 e 227 da Constituição da República).

4. A diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde aprovou a resolução normativa DC/ANS n.º 539, de 23/06/2022, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para os portadores de transtornos globais do desenvolvimento - caso do autor - e autismo.

5. Sob esta linha de atuação, em comunicado de n.º 95, de 23 de junho de 2022, a Agência Nacional de Saúde declarou expressamente ter incluído os métodos multidisciplinares no seu rol de procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde, vedando a negativa ou suspensão de atendimento.

6. Ressalte-se que, nos termos da RN n.º 539/2022/ANS, é obrigatória a cobertura pela operadora de qualquer método ou técnica indicada pelo profissional de saúde responsável. Precedente do STJ.

7. Conquanto tenha o Superior Tribunal de Justiça afirmado o caráter taxativo do rol da ANS no EREsp n.º 1.886.929, tal decisão ainda não tornou em julgado e não tem efeitos vinculantes, próprio Tribunal da Cidadania proferiu recente

cisão ratificando a obrigatoriedade da cobertura de tratamento multidisciplinar aos portadores de transtornos globais do desenvolvimento.

8. Primaz relembrar, outrossim, que o Plenário do Supremo Tribunal Federal sedimentou, no julgamento da ADI 2.095/RS, em 11/10/2019, que “o poder normativo atribuído às agências reguladoras deve ser exercitado em conformidade com a ordem constitucional e legal de regência”, razão pela qual os atos normativos exarados pela ANS, além de compatíveis com a Lei n.º 9.656/1998 e a Lei n.º 9.961/2000, dentre outras leis especiais, devem ter conformidade com a CF/1988 e o Código de Defesa do Consumidor, não lhe cabendo inovar a ordem jurídica, máxime para restringir direitos.

9. Em arremate, no que concerne à orientação exarada no REsp 1.733.013/PR pela Corte Cidadã, no qual restou assentado que a concessão de procedimento que não conste do rol de cobertura obrigatória da ANS só poderá ocorrer quando imprescindível ao tratamento do paciente e desde que sejam apresentadas informações técnicas, destaca-se que os laudos médicos adunados aos autos comprovaram a imprescindibilidade do tratamento prescrito à menor, em especial aquele do ID 24353131, que descreve de forma circunstanciada o quadro clínico do menor e os benefícios das terapias propostas para o desenvolvimento da criança.

10. Acrescente-se também que a Lei n.º 9.656/98 estatui em seu art. 10 que a cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar compreende as “doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde”, que prevê no item Q05.1, a patologia de que sofre a menor.

11. Frise-se, ainda, que recentemente foi editada a Lei n.º 14.454/22, que estabelece critérios para permitir a cobertura de exames ou tratamentos de saúde não incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS). Assim sendo, de *lege lata* há permissivo legal para que se excepcione o rol da Agência Nacional de Saúde sempre que comprovada cientificamente a eficácia do tratamento prescrito, tal como corrente na hipótese *sub examine*, ante ao já articulado acerca do tratamento que necessita a infante, conforme os laudos médicos aportados.

12. E descabe alegar que a imposição de tal obrigação à operadora do plano de saúde iria onerar excessivamente a saúde financeira da empresa, pois a contraprestação paga pelos consumidores a partir do momento que aderem a esses contratos de prestação de serviço visa, justamente, a custear tratamentos de alta complexidade, não se havendo de cogitar, dessarte, de violação ao art. 476 do Código Civil, além de estar em perfeita harmonia com a Política Nacional das Relações de Consumo prevista no art. 4º, inciso III, do CDC.

13. Noutro giro, a regra é de que os tratamentos deverão ser realizados preferencialmente na rede credenciada da ré, salvo indisponibilidade, caso em que poderão ser realizados em estabelecimentos não conveniados, com reembolso integral. Precedente do STJ.

14. No caso dos autos, a requerente comprovou que, durante o período em que foi segurada da ré, fez diversos contatos com as clínicas médicas indicadas pela demandada para atendimento, porém, constatou que elas não possuíam capacidade de atender ao laudo médico em sua integralidade.

15. Por sua vez, a demandada não refutou especificamente tais alegações, limitando-se a defender genericamente a limitação do reembolso à tabela estipulada pela operadora, sem produzir qualquer prova apta a corroborar a assertiva de que disponibilizou “equipe médica referenciada apta a qualquer evento médico”. Portanto, não merece reparos a sentença, ao determinar que a ré deverá reembolsar integralmente os valores despendidos com os tratamentos prescritos.

autora a partir de março de 2023, diante da não comprovação da existência de rede credenciada apta.

16. Acerca do dano moral, é necessário destacar que, no recentíssimo julgamento do Tema 1.365 (acórdão publicado em 20/03/2026), o Superior Tribunal de Justiça firmou a seguinte tese de julgamento: “A simples recusa indevida de cobertura médico-assistencial por operadora de plano de saúde não gera, por si só, dano moral presumido (*in re ipsa*), sendo imprescindível a presença de outros elementos que permitam constatar a alteração anímica da vítima em grau suficiente para ultrapassar o mero aborrecimento ou dissabor”. Portanto, não se há de falar em dano moral presumido.

17. Isto posto, o próprio voto do Relator, Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, listou de forma exemplificativa algumas situações de recusa de cobertura em que restará justificado o dano moral indenizável.

18. No caso concreto, verifica-se pela leitura dos autos, mais especificamente dos relatórios médicos juntados ao ID 66701623, que a autora sofreu prejuízos em razão da conduta da operadora em negar, injustificadamente, o reembolso das terapias indispensáveis ao seu desenvolvimento.

19. Nesse passo, restou comprovado o agravamento do quadro clínico da menor em razão da negativa de cobertura, sendo esta uma das hipóteses previstas pela Corte Nacional, no julgamento do Tema 1.365, apta a gerar dano moral indenizável. Portanto, deve ser mantida a condenação imposta pela sentença.

20. *Quantum debeat* que se mantém em R\$ 6.000,00 (seis mil reais), quantia que se mostra inferior aos parâmetros usualmente estabelecidos pela jurisprudência, mas será mantida em homenagem ao princípio *ne reformatio in peius* ante a resignação da parte autora. Precedentes

21. Outrossim, a sentença reclama discreto retoque quanto aos consectários da impontualidade incidentes sobre a compensação por danos morais, que se fará de ofício, conforme entendimento sedimentado no verbete 161 da Súmula de jurisprudência desta Corte.

22. De fato, a atualização dos valores deverá observar a remuneração da taxa SELIC, consoante o recente entendimento firmado pela Corte Nacional no julgamento do Tema 1368. Contudo, deve ser observado que o verbete 362 não foi revogado pelo pleno do Superior Tribunal de Justiça.

23. Portanto, o termo *a quo* dos juros de mora é a citação, conforme o art. 405 do Código Civil, que neste caso concreto ocorreu em 12/04/2024, quando ainda não vigorava a nova redação do art. 406 do Código Civil dada pela Lei 14.905/2024, cuja eficácia data de 30/08/2024. Portanto, os juros de mora serão pela taxa SELIC (Tema 1368), sem a correção monetária para evitar a dupla incidência, da data da citação até a data do arbitramento pela sentença (24/03/2026), já na vigência da Lei n.º 14.905/2024.

24. É preciso, porém, que a partir do arbitramento da indenização pela sentença, seja observada a nova redação do art. 389, parágrafo único e art. 406, § 1º, todos do Código Civil, conferida pela Lei n.º 14.905/2024, que determina a dedução da correção monetária (IPCA) da taxa SELIC até a data do arbitramento do valor da indenização, e a partir de então fluirão os juros ali encontrados mais a correção monetária pelo IPCA até o efetivo pagamento.

25. Por fim, o art. 85, § 11, do Código de Processo Civil, dispõe que o Tribunal, ao julgar o recurso interposto, majorará os honorários fixados anteriormente. Assim, considerando o trabalho adicional realizado pelo patrono da autora, em sede recursal, arbitra-se os honorários sucumbenciais no percentual de 2% (dois por cento) que deverá incidir sobre o valor da condenação.

com fundamento no art. 85, §§ 2º e 11, do Código de Processo Civil.

26. Apelo não provido.

ACÓRDÃO

Vista, relatada e discutida esta Apelação Cível nos autos do processo n.º **0889871-97.2023.8.19.0001**, em que é apelante **BRADESCO SAÚDE S/A** e apelada **GABRIELA DE MEDEIROS LEAL REP/P/S/MÃE VANESSA MARQUES DE MEDEIROS LEAL**.

Acordam os Desembargadores que integram a 12ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, por unanimidade de votos, em conhecer o recurso da ré e a ele negar provimento, majorar os honorários de sucumbência a 12% (doze por cento) sobre o valor da condenação, em favor do patrono da demandante, bem como, de ofício, determinar que os juros de mora sobre a condenação em danos morais sejam apurados pela taxa SELIC (que contém juros e correção monetária – Tema 1368 do STJ), sem a correção monetária para evitar dupla incidência, a contar da citação (12/04/2024) até o arbitramento (24/03/2026), quando então aplicar-se-á o art. 406, § 1º c/c 389, parágrafo único, do CC, deduzindo da SELIC a correção monetária pelo IPCA, acrescentando aos juros encontrados a correção monetária pelo IPCA até o efetivo pagamento (art. 406, § 3º, do CC), precavendo a oscilação da SELIC.

VOTO

Conhece-se o recurso, porquanto tempestivo e oportunamente preparado, conforme certidão do ID 283285883, presentes os demais requisitos de admissibilidade.

O caso versa sobre relação de consumo, pois a parte autora enquadra-se no conceito de consumidor descrito no art. 2º do Código de Proteção e Defesa do Consumidor e a demandada no de fornecedor, nos termos do *caput* do art. 3º do mesmo diploma legal, uma vez que aquela é a destinatária final dos serviços prestados.

pela operadora. Posto isso, deve o apelo ser julgado de acordo com as regras do CPDC.^{1 2}

Este é o entendimento consolidado no verbete 608 da Súmula do Superior Tribunal de Justiça: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

E, em se tratando de relação de consumo, a responsabilidade do fornecedor de serviços é objetiva, nos termos do art. 14 do CPDC, razão pela qual incumbe à ré demonstrar a existência de causa excludente de sua responsabilidade.

Pois bem.

Os laudos médicos apresentados no decorrer da instrução processual indicam que a criança Gabriela, com oito anos ao tempo do ajuizamento, é portadora de diagnóstico de Síndrome de Waardenburg tipo IV e transtorno do espectro autista, razão pela qual necessita de tratamento multidisciplinar contínuo com diversas espécies de terapia, a saber: fonoaudiologia com ênfase em linguagem e terapia ABA, psicologia com ênfase em terapia ABA, psicopedagogia com ênfase em neurociências e terapia ABA e terapia ocupacional com ênfase em integração sensorial e terapia ABA e fisioterapia motora.

É cediço que a pessoa diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista tem o direito à saúde devidamente assegurado, devendo ser implementado por políticas públicas e pelas entidades privadas, com vistas a garantir a efetividade do tratamento e desenvolvimento adequado, mediante melhoramento do processo de interação e comunicação social do indivíduo (artigos 2º, III, 3º, III e 5º, da Lei 12.764/12 e 227 da Constituição da República).^{3 4 5 6}

¹ Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

² Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

³ Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e terapias;

A diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde aprovou a resolução normativa DC/ANS n.º 539, de 23/06/2022, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para os portadores de transtornos globais do desenvolvimento e autismo. Veja-se:

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 ; o inciso III do art. 4º e inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.661, de 28 de janeiro de 2000; e alínea "a", do inciso II do art. 24, além do art. 43 e art. 45, todos da Resolução Regimental - RR nº 21, de 26 de janeiro de 2022, em reunião realizada em XXX de julho de 2021, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução altera a Resolução Normativa - RN nº 465, de 24 de novembro de 2021 , que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da saúde suplementar, para alterar a diretriz de utilização dos procedimento sessão com fonoaudiólogo, para o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtorno do espectro autista e transtornos globais do desenvolvimento.

Art. 2º O item SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO, do Anexo II da Resolução Normativa - RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, passam a vigorar conforme o disposto no Anexo I desta Resolução.

⁴ Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

III - 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;

⁵ Art. 5º A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o art. 14 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

⁶ Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Art. 3º O art. 6º, da RN nº 465, de 2021, passa a vigorar acrescido do § 4º, com a seguinte redação:

" 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."

Art. 4º Esta RN, bem como seu Anexo estará disponível para consulta e cópia no sítio institucional da ANS na Internet (www.gov.br/ans).

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor no dia 1º de julho de 2022.

Sob esta linha de atuação, em comunicado de n.º 95, de 23 de junho de 2022, a Agência Nacional de Saúde declarou expressamente ter incluído os métodos multidisciplinares no seu rol de procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde, vedando a negativa ou suspensão de atendimento:

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 24/06/2022 | Edição: 118 | Seção: 3 | Página: 209
Órgão: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar

COMUNICADO Nº 95, DE 23 DE JUNHO DE 2022

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 55, da Resolução Regimental nº 21, de 26 de janeiro de 2022, considerando a decisão proferida na 14ª Reunião Extraordinária de Diretoria Colegiada, contida no processo SEI nº 33910.019120/2022-91, COMUNICA para todas as operadoras de planos de saúde que por determinação judicial ou por mera liberalidade, dentre outras hipóteses, já estiverem atendendo aos beneficiários portadores de transtorno do espectro autista e todos os beneficiários diagnosticados com CIDs que se referem aos Transtornos Globais do Desenvolvimento (CID-10 - F84) em determinada técnica/método/abordagem indicado pelo médico assistente, reconhecidos nacionalmente, tal como a ABA (Análise Aplicada do Comportamento), não poderão suspender o tratamento, sob pena de vir a configurar negativa de cobertura.

PAULO ROBERTO REBELLO FILHO
Diretor-Presidente



Ressalte-se que, nos termos da RN n.º 539/2022/ANS, é obrigatória a cobertura pela operadora de qualquer método ou técnica indicada pelo profissional de saúde responsável.

Confira-se o seguinte precedente da Corte Nacional:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO CONDENATÓRIO - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DOS REQUERENTES.

1. A Segunda Seção desta Corte, no julgamento dos EREsp 1.889.704/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, firmou entendimento no sentido do dever da operadora do plano de saúde em custear, de forma ilimitada, as sessões de tratamento para os beneficiários com diagnóstico de "Transtorno do Espectro Autista". Logo, a necessidade de custeio da psicoterapia, pelos métodos ABA/Denver, possui amparo na jurisprudência desta Corte.

2. A falta de indicação pela recorrente de qual dispositivo legal teria sido violado ou objeto de interpretação divergente implica deficiência na fundamentação do recurso especial, a atrair a aplicação da Súmula 284/STF. Precedentes.2.1. Ademais, a ausência de enfrentamento da matéria objeto da controvérsia pelo Tribunal de origem impede o acesso à instância especial, porquanto não preenchido o requisito constitucional do prequestionamento. Incidência da Súmula 282/STF.

3. Agravo interno desprovido. ⁷

Conquanto tenha o Superior Tribunal de Justiça afirmado o caráter taxativo do rol da ANS no EREsp 1.886.929, tal decisão ainda não transitou em julgado e não tem efeitos vinculantes, e o próprio Tribunal da Cidadania proferiu recente decisão ratificando a obrigatoriedade da cobertura de tratamento multidisciplinar aos portadores de transtornos globais do desenvolvimento.

Traz-se à baila relevante precedente da Corte de Superposição neste sentido:

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RESP Nº 1882684 - SP (2020/0162155-8) DECISÃO Cuida-se de embargos

⁷ BRASIL. STJ. AgInt no REsp 2047817/SP. Relator Ministro MARCO BUZZI. QUARTA TURMA. Julgamento: 05/06/2023. Publicação: DJe 14/06/2023.

divergência em recurso especial interposto por U C C DE T M contra acórdão exarado pela eg. Terceira Turma, assim ementado: AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO PRESCRITO. DOENÇA COBERTA PELO PLANO. ABUSIVIDADE. A AUSÊNCIA DO PROCEDIMENTO NO ROL DA ANS NÃO AFASTA O DEVER DE COBERTURA. ROL EXEMPLIFICATIVO. JURISPRUDÊNCIA DA TERCEIRA TURMA. 1. O fato de o tratamento prescrito pelo médico não constar no rol da ANS não significa que não possa ser exigido pelo usuário, uma vez que se trata de rol exemplificativo. Entendimento do acórdão recorrido em harmonia com a jurisprudência da Terceira Turma desta Corte. 2. Agravo interno não provido. Em suas razões, a ora embargante aponta dissídio jurisprudencial em relação ao REsp 1.733.013/PR, Rel. Min. Luis Felipe Salomão. Requer, assim, o provimento da insurgência. (fls. 715/783) É o relatório. Decisão. A insurgência não merece acolhimento. 1. A matéria subjacente aos presentes embargos de divergência encontra-se pacificada no âmbito deste Superior Tribunal de Justiça, de modo a atrair a incidência da Súmula 568/STJ e a possibilidade do exame unipessoal da questão. A Segunda Seção desta Corte, unificando entendimento, anteriormente divergente, entre a Terceira e a Quarta Turmas, quando do julgamento do EREsp 1.889.704/SP e EREsp 1.886.929/SP, ocorrido em 08/06/2022, cujo acórdão está pendente de publicação, por maioria, se posicionou no sentido de que: 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 ao Rol; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra Rol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido 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 técnica 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. Na hipótese dos autos, o ora embargado ajuizou ação contra a ora embargante, objetivando a cobertura do plano de saúde para tratamento de Transtorno do Espectro Autista mediante terapêutica pelo método ABA (fls. 1/22). **Nesse caso, notadamente acerca da terapia para o Transtorno do Espectro Autista pelo método ABA, reconheceu a Segunda Seção que, apesar da natureza taxativa do rol, é devida a cobertura pelo plano de saúde,** nos seguintes termos: Na espécie, o autor é portador de autismo (Transtorno do Espectro Autista - TEA) e ajuizou a demanda com vistas a obter a cobertura de tratamento multidisciplinar pelo método ABA (Applied Behavior Analysis) - procedimento reputado não previsto no Rol da ANS - além de terapia ocupacional e fonoaudiologia sem limitação do número de sessões. O pedido foi julgado procedente nas instâncias ordinárias e mantido pela Terceira Turma deste Tribunal Superior. [...] **o Método ABA é uma das terapias possíveis ao tratamento não medicamentoso do autismo, não tendo sido excluído pela CONITEC. Por outro lado, a ANS considera que "as psicoterapias no método ABA estão contempladas na sessão de psicoterapia" do Rol da Saúde Suplementar (Relatório de Revisão do Rol 2018, pág. 147; e Nota Técnica nº 196/2017, pág. 146).** Havia, anteriormente, limitação do número de sessões de tratamento, mas a RN-ANS nº 469/2021 regulamentou expressamente "a cobertura obrigatória de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para o tratamento/manejo do Transtorno do Espectro Autista (TEA)." Conforme informação da própria Autarquia reguladora, os "(...) beneficiários de planos de saúde portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA) de todo o País passam a ter direito a número ilimitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento de autismo", o que "(...) se soma à cobertura ilimitada que já era assegurada para as sessões com fisioterapeutas" [...] Vale mencionar também a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, da Organização das Nações Unidas (ONU), incorporada no Ordenamento Jurídico pátrio pelo Decreto nº 6.949/2009, e que detém estatuto constitucional, assegurando, em seu art. 25, que "as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência", sendo vedada a "discriminação contra pessoas com deficiência na provisão de seguro de saúde e seguro de vida, caso tais seguros sejam permitidos pela legislação

cional, os quais deverão ser providos de maneira razoável e justa" (art. 25, e). **Portanto, a jurisprudência da Segunda Seção desta Corte firmou posicionamento convergente com a decisão da Terceira Turma sobre a mesma questão, relativa ao custeio, pelo plano de saúde, de terapia para o Transtorno do Espectro Autista pelo método ABA.** Evidencia-se, desse modo, que o decidido no julgado embargado corresponde à jurisprudência atual do STJ, inexistindo divergência jurisprudencial a justificar a interposição deste recurso, nos termos da Súmula n. 168/STJ: "Não cabem embargos de divergência, quando a jurisprudência do Tribunal se firmou no mesmo sentido do acórdão embargado". 2. Do exposto, com fundamento no art. 34, XVIII, do RISTJ c/c Súmula 568/STJ, indefere-se liminarmente os presentes embargos de divergência, Publique-se. Intimem-se. Brasília, 28 de junho de 2022.⁸

Primaz lembrar, outrossim, que o Plenário do Supremo Tribunal Federal sedimentou, no julgamento da ADI 2.095/RS, em 11/10/2019, que "o poder normativo atribuído às agências reguladoras deve ser exercitado em conformidade com a ordem constitucional e legal de regência", razão pela qual os atos normativos exarados pela ANS, além de compatíveis com a Lei n.º 9.656/1998 e a Lei n.º 9.961/2000, dentre outras leis especiais, devem ter conformidade com a CF/1988 e o Código de Defesa do Consumidor, não lhe cabendo inovar a ordem jurídica, máxime para restringir direitos.⁹

Em arremate, no que concerne à orientação exarada no REsp 1.733.013/PR pela Corte Cidadã, no qual restou assentado que a concessão de procedimento que não conste do rol de cobertura obrigatória da ANS só poderá ocorrer quando imprescindível ao tratamento do paciente e desde que sejam apresentadas informações técnicas, destaca-se que os laudos médicos adunados aos autos comprovaram a imprescindibilidade do tratamento prescrito ao menor, descrevendo de forma circunstanciada o quadro clínico do infante e os benefícios das terapias propostas para o seu desenvolvimento.

Acrescente-se também que a Lei n.º 9.656/98 estatui em seu art. 10 que cobertura assistencial médico-ambulatorial e

⁸ BRASIL. STJ - EREsp: 1882684 SP 2020/0162155-8, Relator: Ministro MARCO BUZZI, de Publicação: DJ 29/06/2022.

⁹ BRASIL. STF - ADI: 2095 RS, Relatora Ministra CÁRMEN LÚCIA, Data de Julgamento: 11/10/2019, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 26/11/2019.

hospitalar compreende as “doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde”, que prevê no item Q05.1, a patologia de que sofre a menor.

Frise-se, ainda, que foi sancionada pela Presidência da República a Lei n.º 14.454/22, que estabelece critérios para permitir a cobertura de exames ou tratamentos de saúde não incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Deveras, o art. 2º do referido diploma alterou a Lei n.º 9.656/98, incluindo em seu art. 10 o novel parágrafo 13, o qual assim estatui:

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

Assim sendo, de *lege lata* há permissivo legal para que se excepcione o rol da Agência Nacional de Saúde sempre que comprovada cientificamente a eficácia do tratamento prescrito, tal como corrente na hipótese *sub examine*, ante ao já articulado acerca do tratamento que necessita a infante, conforme os laudos médicos aportados.

Em suma, assiste à reclamante o direito potestativo (e subjetivo) à cobertura dos tratamentos quando presente manifestação de médico especialista que assiste ao paciente, expressando necessidade de tratamento indicado.

E descabe alegar que a imposição de tal obrigação à operadora do plano de saúde iria onerar excessivamente a saúde financeira da empresa, pois a contraprestação paga pelos consumidores a partir do momento que aderem a esses contratos de prestação de serviço visa, justamente, a custear tratamentos de alta complexidade, não se havendo de cogitar, dessarte, de violação ao art. 476 do Código Civil, além de estar em perfeita harmonia com a Política Nacional das Relações de Consumo prevista no art. 4º, inciso III, do CDC.

Com efeito, considerando os princípios de envergadura constitucional envolvidos, fato é que, ponderando-se os valores contrapostos, deve prevalecer no caso concreto o direito à saúde, projeção da dignidade da pessoa humana, princípio fundamental da República, nos termos do art. 1º, III, da CRFB/88.¹⁰

E cabe ao Poder Judiciário, sempre que possível, no desempenho de seu imorredouro mister tuitivo e pacificador, superar os óbices à concretização dos preceitos promanados da tábua axiológica constitucional e prestar a tutela jurisdicional em deferência à concretização dos cânones do direito à saúde e da dignidade da pessoa humana.

Sobre o tema, merece transcrição o seguinte ensinamento do Ministro Gilmar Ferreira Mendes:

Tratando-se de um método de ponderações de bens à luz do caso concreto, é intuitivo que a priori não exista uma hierarquia fixa e abstrata entre os diversos princípios, ressaltada – porque fora de cotejo axiológico – apenas a dignidade da pessoa humana como valor-fonte dos demais valores, valor fundante da experiência ética ou, se preferirmos, princípio e fim de toda ordem jurídica.¹¹

Noutro giro, a regra é de que os tratamentos deverão ser realizados preferencialmente na rede credenciada da ré, salvo

¹⁰ Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

(...)

III - a dignidade da pessoa humana;

¹¹ MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocência Mártires; BRANCO, Paulo G. *Constitucional. 2ª ed.* São Paulo: Saraiva, 2008, p. 36.

indisponibilidade, caso em que poderão ser realizados em estabelecimentos não conveniados, com reembolso integral.

Valendo citar, a respeito, o seguinte julgado do Tribunal da Cidadania:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. CIRURGIA DE EMERGÊNCIA REALIZADA FORA DA REDE CREDENCIADA. **RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA PELA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO CUSTEADO PELA BENEFICIÁRIA. OBRIGAÇÃO DE REEMBOLSO PELA OPERADORA. INDENIZAÇÃO PELO DANO MATERIAL. DIREITO DA BENEFICIÁRIA AO REEMBOLSO INTEGRAL.** DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. ANÁLISE PREJUDICADA. JULGAMENTO: CPC/2015.

1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral ajuizada em 28/10/2014, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 17/04/2019 e atribuído ao gabinete em 02/10/2019.

2. O propósito recursal é decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a obrigação de a operadora de plano de saúde reembolsar os valores despendidos com a realização de cirurgia buco-maxilo-facial; (iii) o valor a ser reembolsado.

3. É firme a jurisprudência do STJ no sentido de que não há ofensa ao art. 1.022 do CPC/2015 quando o Tribunal de origem, aplicando o direito que entende cabível à hipótese soluciona integralmente a controvérsia submetida à sua apreciação, ainda que de forma diversa daquela pretendida pela parte.

4. A Segunda Seção decidiu que 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 1.459.849/PR, julgado em 14/10/2020).

5. Se o requerimento para a realização de procedimento cirúrgico de emergência coberto pelo contrato não é deferido no prazo regulamentar ou se é indeferido indevidamente, não há outra opção para o beneficiário que se encontra em iminente risco de lesão grave à saúde senão a de bu realizá-lo por conta própria, custeando o tratamento possível, ou buscando o SUS, se necessário.

6. O reembolso previsto no art. 12 , VI , da Lei 9.656 /1998 é obrigação cuja fonte é o próprio contrato, cabível nos casos de atendimento de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras; o reembolso integral, como pleiteado pela beneficiária e determinado pelo Tribunal de origem, constitui obrigação diversa, de natureza indenizatória, cuja fonte é a inexecução do contrato, e visa, na realidade, a reparação do consequente dano material suportado.

7. Hipótese em que, tendo sido a beneficiária obrigada a pagar todos os custos da cirurgia de emergência, após a recusa manifestamente indevida de cobertura pela operadora de plano de saúde, em flagrante desrespeito à obrigação assumida no contrato, faz jus ao reembolso integral, a título de indenização pelo dano material.

8. Em virtude do exame do mérito, por meio do qual foram rejeitadas as teses sustentadas pela recorrente, fica prejudicada a análise da divergência jurisprudencial.

9. Recurso especial conhecido e desprovido.¹²

No caso dos autos, a requerente comprovou que, durante o período em que foi segurada da ré, fez diversos contatos com as clínicas médicas indicadas pela demandada para atendimento, porém, constatou que elas não possuíam capacidade de atender ao laudo médico em sua integralidade.

Por sua vez, a apelante não refutou especificamente tais alegações, limitando-se a defender genericamente a limitação do reembolso à tabela estipulada pela operadora, sem produzir qualquer prova apta a corroborar a assertiva de que disponibilizou “equipe médica referenciada apta a qualquer evento médico”. Portanto, não merece reparos a sentença, ao determinar que a ré deverá reembolsar integralmente os valores despendidos com os tratamentos prescritos à autora a partir de março de 2023, diante da não comprovação da existência de rede credenciada apta.

Passa-se à análise do pedido de indenização por danos morais.

¹² BRASIL. STJ. REsp 1840515/CE. Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI. TERCEIRA TURMA. Julgamento: 24/11/2020. Publicação: DJe 01/12/2020.

Acerca do dano moral, é necessário destacar que, no recentíssimo julgamento do Tema 1365 (acórdão publicado em 20/03/2026), o Superior Tribunal de Justiça firmou a seguinte tese de julgamento: “A simples recusa indevida de cobertura médico-assistencial por operadora de plano de saúde não gera, por si só, dano moral presumido (*in re ipsa*), sendo imprescindível a presença de outros elementos que permitam constatar a alteração anímica da vítima em grau suficiente para ultrapassar o mero aborrecimento ou dissabor”. Portanto, não se há de falar em dano moral presumido.

Isto posto, o próprio voto do Relator, Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, listou de forma exemplificativa algumas situações de recusa de cobertura em que restará justificado o dano moral indenizável.

Veja-se o trecho do julgado:

A definição dos demais elementos que devem se fazer presentes para fins de constatação dos danos morais resultantes da indevida recusa de tratamento é um outro aspecto que não está propriamente inserido na matéria afetada para julgamento sob o rito dos recursos repetitivos.

De todo modo, não se antevê prejuízos em já definir, apenas a título exemplificativo, que o dever de reparação de danos aos direitos da personalidade, no caso de recusa injustificada de cobertura médico-assistencial, e desde que constatado abalo moral concreto, e não meramente presumido, poderá estar justificado nas seguintes hipóteses: a) recusa em contexto de emergência médica, risco de vida ou agravamento iminente do quadro clínico; b) recusa à cobertura de procedimento previsto em cláusula que não comporta dúvida interpretativa razoável; e c) efetiva comprovação de sofrimento, angústia, agravamento da doença ou danos à saúde mental do paciente, e d) reiteração de conduta ou prática abusiva.

No caso concreto, verifica-se pela leitura dos autos, mais especificamente dos relatórios médicos juntados ao ID 66701623, que a autora sofreu prejuízos em razão da conduta da operadora em negar, injustificadamente, o reembolso das terapias indispensáveis ao seu desenvolvimento.

Nesse sentido, verifica-se que o laudo assinado pela psicóloga Mariana Szrajbman descreveu o seguinte:

Gabriela vinha sendo acompanhada pela equipe multidisciplinar, com carga horária intensiva de 15 horas semanais no último ano, quando passou a apresentar grandes saltos em seu desenvolvimento global.

A partir do mês de março do ano de 2023, após diminuição significativa de sua carga horária para 6 horas semanais, Gabriela passou a apresentar perdas de habilidades importantes previamente adquiridas, como tempo de atenção concentrada e compartilhada, contato, percepção e rastreo visual, seguimento de instruções, imitação motora com o corpo e com objetos, entre outros, além da intensificação significativa de comportamentos que interferem de forma negativa na aquisição de novas habilidades importantes para seu desenvolvimento, como extrema agitação motora, comportamentos hetero e auto lesivos, desregulação sensorial, diminuição do tempo de espera e de tolerância ao esperar, entre outros aspectos cognitivos também afetados pela diminuição a carga horária. (grifou-se)

Nesse passo, restou comprovado o agravamento do quadro clínico da menor em razão da negativa de cobertura, sendo esta uma das hipóteses previstas pela Corte Nacional, no julgamento do Tema 1365, apta a gerar dano moral indenizável. Portanto, deve ser mantida a condenação imposta pela sentença.

Sedimentado o direito à reparação pelos danos morais sofridos, examina-se o *quantum debeatur*.

Os incisos V e X do art. 5º da Constituição da República asseguram a indenização por dano moral, mas não estabelecem os parâmetros para a fixação deste valor. Entretanto, esta falta de parâmetro não pode levar ao excesso, ultrapassando os limites da razoabilidade e da proporcionalidade, e tampouco configurar *untermassverbot*, instituto indiciário de proteção deficiente ou insuficiente a bem jurídico fundamental.^{13 14 15}

¹³ V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por material, moral ou à imagem;

¹⁴ X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

Desse modo, a regra é o arbitramento judicial e o desafio continua sendo a definição de critérios que possam nortear o juiz na fixação do *quantum* a ser entregue à vítima do dano injusto.

Com efeito, o magistrado deve adotar critérios norteadores da fixação do valor da condenação, quando levará em conta o grau de culpa do agente, a culpa concorrente da vítima e as condições econômicas das partes, além dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

Sob o cânone da natureza diáfana do instituto reparatório da lesão imaterial, o melhor critério para estabelecer o *quantum* tem sido o da proporcionalidade entre punição e benefício, de maneira a não ensejar a bancarrota do ofensor, nem incutir sensação de lucro imerecido no ofendido.

Restaram configurados, no presente feito, o sofrimento, as angústias e as aflições experimentados pela parte autora diante da ilícita negativa da ré em autorizar as terapias indispensáveis à saúde e desenvolvimento do paciente, ante o grave quadro apresentado nos laudos médicos.

Nesta vereda, mantém-se o valor da compensação em R\$ 6.000,00 (seis mil reais), quantia que se mostra inferior aos parâmetros usualmente estabelecidos pela jurisprudência, mas será mantida em homenagem ao princípio *ne reformatio in pejus*, ante a resignação da parte autora.

Tal entendimento encontra conforto no seguinte julgado desta Corte de Justiça fluminense:

DIREITO DO CONSUMIDOR E À SAÚDE. APELAÇÃO CÍVEL DA PARTE RÉ. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSATÓRIA POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO MÉDICO. APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA PARA TRATAMENTO DE BEXIGA NEUROGÊNICA EM PACIENTE TETRAPLÉGICA. URGÊNCIA MÉDICA DOCUMENTADA. ALEGAÇÃO DE

¹⁵ Fernandes, Eduardo Faria. Princípio da Vedação da Proteção Deficiente. In https://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/1semestre2011/trabalhos/11/EdardoFariaFernandes.pdf.

CARÊNCIA CONTRATUAL E DE DOENÇA PREEXISTENTE. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS. ABUSIVIDADE DA RECUSA. NEGATIVA INDEVIDA. DANO MORAL CONFIGURADO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO. I. CASO EM EXAME 1. Apelação cível interposta pela operadora de plano de saúde contra sentença que julgou procedentes os pedidos para confirmar tutela de urgência que determinou a autorização de aplicação de toxina botulínica na musculatura vesical de beneficiária, portadora de tetraplegia traumática completa e bexiga neurogênica, bem como condenar a ré ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00. A operadora pretende a reforma integral da sentença em razão da existência de carência contratual, doença preexistente não declarada e ausência de dano moral indenizável. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. Há duas questões em discussão: (i) definir se é legítima a negativa de cobertura do procedimento indicado à autora sob os fundamentos de carência contratual e doença preexistente e (ii) estabelecer se a recusa da operadora configura dano moral indenizável e se o valor arbitrado deve ser mantido. III. RAZÕES DE DECIDIR 3. A relação contratual entre as partes submete-se às normas do Código de Defesa do Consumidor, conforme entendimento consolidado pela Súmula 608 do STJ. 4. COMPROVADO RISCO DE PERDA DEFINITIVA DA FUNÇÃO RENAL. O relatório médico comprova que a autora/paciente tetraplégica apresenta quadro grave de bexiga neurogênica refratária ao tratamento medicamentoso, com risco de deterioração definitiva da função renal e necessidade de intervenção cirúrgica futura, caracterizando situação de urgência médica. 5. OPERADORA DEVE COBRIR ATENDIMENTO. Nos termos do art. 35-C, I, da Lei nº 9.656/98, é obrigatória a cobertura do atendimento em casos de emergência, assim definidos os que implicarem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis, caracterizado em declaração do médico assistente. 6. CLÁUSULA ABUSIVA DE CARÊNCIA SUPERIOR A 24 HORAS. A Súmula 597 do STJ estabelece que é abusiva a cláusula contratual que prevê carência superior a 24 horas para utilização dos serviços em situações de urgência ou emergência. 7. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA. A alegação de doença preexistente não afasta a obrigação de cobertura quando configurada situação de urgência ou emergência. 8. AUSÊNCIA MÁ-FÉ. A operadora não comprovou a existência de má-fé da beneficiária nem demonstrou a realização de exames prévios aptos a justificar a exclusão da cobertura.

doença preexistente, circunstância que atrai a incidência da Súmula 609 do STJ. 9. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. A recusa injustificada de cobertura de tratamento essencial e urgente configura falha na prestação do serviço e viola a legítima expectativa do consumidor quanto à assistência médica contratada. **10. O TEMA 1.365 DO STJ NÃO EXTINGUIU A INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL.** O Tema 1.365 do STJ afasta apenas a presunção automática do dano moral, sem impedir sua configuração quando demonstradas circunstâncias concretas aptas a revelar efetivo abalo extrapatrimonial. 11. ABALO EXTRAPATRIMONIAL PRESENTE (GRAVIDADE DA DOENÇA + PROCEDIMENTO NEGADO + AGRAVAMENTO DO SOFRIMENTO + TRATATIVAS INFRUTÍFERAS). O risco grave à saúde da autora, o sofrimento físico e emocional, a sensação de abandono em contexto de urgência médica e a necessidade de ajuizamento da demanda evidenciam dano moral indenizável. 12. VALOR DO DANO MORAL CORRETAMENTE FIXADO. A quantia fixada em R\$10.000,00 a título de danos morais observa os princípios da proporcionalidade e razoabilidade, possuindo caráter compensatório e pedagógico suficiente. IV. DISPOSITIVO E TESE 13. Recurso conhecido e desprovido. Tese de julgamento: "1. É abusiva a cláusula que prevê carência superior a 24 horas para cobertura de urgência ou emergência. 2. A alegação de doença preexistente não afasta a obrigação de cobertura de tratamento urgente ou emergencial, salvo comprovação de má-fé do segurado ou observância dos requisitos legais para exclusão da cobertura. 3. A negativa indevida de cobertura médica gera dano moral quando comprovadas circunstâncias concretas que ultrapassam o mero dissabor e evidenciam efetivo abalo à esfera extrapatrimonial do consumidor. 4. O valor da indenização por dano moral somente deve ser alterado se desatendidos os princípios da razoabilidade e proporcionalidade." Dispositivos relevantes citados: CDC, arts. 2º, 3º, 4º, II, d, 6º, VI e 14; CPC, art. 373, II; Lei 9.656/98, art. 35-C, I. Jurisprudências relevantes citadas: STJ, Súmulas 597, 608 e 609; STJ, Tema Repetitivo 1.365; STJ, AgInt no AREsp nº 2.589.825/SP, Rel. Min. João Otávio de Noronha, Quarta Turma, j. 23.09.2024; STJ, AgInt no AREsp nº 2.078.366/SP, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, j. 27.03.2023; STJ, AgInt no AREsp nº 1.224.156/SP, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, j. 24.04.2018; TJRJ, Súmula 343; TJRJ, Apel. Cível nº 0124482-12.2023.8.19.0001, Rel. Des. M. Ferreira Alvarenga, Oitava Câmara de Direito Privado.

27/01/2026; TJRJ, Apelação Cível nº 0804745-19.2023.8.19.0021, Rel. Des. Maria Helena Pinto Machado, Décima Sexta Câmara de Direito Privado, j. 22/9/2025; TJRJ, Apelação Cível nº 0022813-85.2018.8.19.0066, Rel. Des. Denise Nicoll Simões, Quarta Câmara de Direito Privado, j. 25/02/2025; TJRJ, Apelação Cível nº 0803513-79.2023.8.19.0050, Rel. Des. Humberto Dalla, Quinta Câmara de Direito Privado, j. 31/01/2025.¹⁶

Outrossim, a sentença reclama discreto retoque quanto aos consectários da impontualidade incidentes sobre a compensação por danos morais, que se fará de ofício, conforme entendimento sedimentado no verbete 161 da súmula de jurisprudência desta Corte. E isso porque o Juízo *a quo* determinou que a verba compensatória deverá ser “corrigida monetariamente pela SELIC, desde a citação”.¹⁷

De fato, a atualização dos valores deverá observar a remuneração da taxa SELIC, consoante o recente entendimento firmado pela Corte Nacional no julgamento do Tema 1368. Contudo, deve ser observado que o verbete 362 não foi revogado pelo pleno do Superior Tribunal de Justiça.^{18 19}

Portanto, o termo *a quo* dos juros de mora é a citação, conforme o art. 405 do Código Civil, que neste caso concreto ocorreu em 12/04/2024, quando ainda não vigorava a nova redação do art. 406 do Código Civil dada pela Lei 14.905/2024, cuja eficácia data de 30/08/2024. Portanto, os juros de mora serão pela taxa SELIC (Tema 1368 do STJ), sem a correção monetária para evitar a dupla incidência, da data da citação até a data do arbitramento pela sentença (24/03/2026), já na vigência da Lei n.º 14.905/2024.

É preciso, porém, que a partir do arbitramento da indenização pela sentença, seja observada a nova redação do art.

¹⁶ BRASIL. TJRJ. APELAÇÃO. Processo n.º 0833649-46.2022.8.19.0001. Relator Des. ANTONIO DA ROCHA LOURENCO NETO. 8ª Câmara de Direito Privado. DATA DO JULGAMENTO 04/08/2026

¹⁷ N.º. 161 "Questões atinentes a juros legais, correção monetária, prestações vincendas e condenação nas despesas processuais constituem matérias apreciáveis de ofício pelo Tribunal."

¹⁸ Tese: "O art. 406 Código Civil de 2002, antes da entrada em vigor da Lei n.º 14.905/2024, deve ser interpretado no sentido de que é a SELIC a taxa de juros de mora aplicável às dívidas de natureza civil, por ser esta a taxa em vigor para a atualização monetária e a mora no pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional."

¹⁹ 362 - "A correção monetária do valor da indenização do dano moral incide desde a data do arbitramento".

389, parágrafo único e art. 406, § 1º, todos do Código Civil, conferida pela Lei n.º 14.905/2024, que determina a dedução da correção monetária (IPCA) da taxa SELIC até a data do arbitramento do valor da indenização, e a partir de então fluirão os juros ali encontrados mais a correção monetária pelo IPCA até o efetivo pagamento.^{20 21}

É que o próprio legislador precaveu-se da oscilação da taxa SELIC, de modo que o credor não pode ser penalizado e muito menos prejudicado no caso de oscilação da taxa SELIC ou mesmo na hipótese de taxa SELIC negativa.²²

Por fim, o art. 85, § 11, do Código de Processo Civil, dispõe que o Tribunal, ao julgar o recurso interposto, majorará os honorários fixados anteriormente.

Assim, considerando o trabalho adicional realizado pelo patrono da parte autora, em sede recursal, arbitra-se os honorários sucumbenciais recursais no percentual de 2% (dois por cento), que deverá incidir sobre o valor da condenação, com fundamento no art. 85, §§ 2º e 11 do Código de Processo Civil.

Por tais fundamentos, voto por conhecer e negar provimento ao recurso da ré, majorar os honorários de sucumbência a 12% (doze por cento) sobre o valor da condenação, em favor do patrono da demandante, e determinar de ofício que os juros de mora sobre a condenação em danos morais sejam apurados pela taxa SELIC (que contém juros e correção monetária – Tema 1368), sem a correção monetária para evitar dupla incidência, a contar da citação (12/04/2024) até o arbitramento (24/03/2026), quando então aplicar-se-á o art. 406, § 1º c/c 389, parágrafo único,

²⁰ Parágrafo único. Na hipótese de o índice de atualização monetária não ter sido convencionado ou não estar previsto em lei específica, será aplicada a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), apurado e divulgado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou do índice que vier a substituí-lo. (Incluído pela Lei nº 14.905, de 2024)

²¹ Art. 406. Quando não forem convencionados, ou quando o forem sem taxa estipulada, ou quando provierem de determinação da lei, os juros serão fixados de acordo com a taxa legal. (Redação dada pela Lei nº 14.905, de 2024).

§ 1º A taxa legal corresponderá à taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic), deduzido o índice de atualização monetária de que trata o parágrafo único do art. 389 deste Código. (Incluído pela Lei nº 14.905, de 2024).

²² § 3º Caso a taxa legal apresente resultado negativo, este será considerado igual a 0 para efeito de cálculo dos juros no período de referência. (Incluído pela Lei nº 14.905, de 2024)

do CC, deduzindo da SELIC a correção monetária pelo IPCA, acrescentando aos juros encontrados a correção monetária pelo IPCA até o efetivo pagamento (art. 406, § 3º, do CC), precavendo a oscilação da SELIC.

Rio de Janeiro, 02 de setembro de 2026.

DESEMBARGADOR JOSÉ CARLOS PAES
RELATOR