



APELAÇÃO CÍVEL Nº 00317111-23.2021.8.19.0021

APELANTE: BRADESCO SAÚDE S.A.

APELADO: A. L. M. D. A., REP/P/S/MAE ANA PAULA DE ANDRADE MOREIRA

JUÍZO DE ORIGEM: 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE DUQUE DE CAXIAS

RELATORA: DESEMBARGADORA MÁRCIA SUCCI

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. EPILEPSIA. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. INSUFICIÊNCIA DA REDE CREDENCIADA. CUSTEIO INTEGRAL EM PRESTADOR NÃO CREDENCIADO. ROL DA ANS. IRRELEVÂNCIA DA DISCUSSÃO SOBRE MÉTODOS TERAPÊUTICOS ESPECÍFICOS. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME:

Trata-se de Apelação Cível interposta por operadora de plano de saúde contra sentença que confirmou tutela de urgência e julgou procedente ação de obrigação de fazer para determinar o custeio de tratamento multidisciplinar prescrito a beneficiário diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA), epilepsia e deficiência intelectual moderada-grave, inclusive mediante atendimento em clínica não credenciada, em razão da insuficiência da rede assistencial disponibilizada pela operadora, reconhecendo o encerramento das obrigações contratuais em setembro de 2022.





A apelante sustenta que: (i) o rol da ANS possuía natureza taxativa à época dos fatos; (ii) não haveria obrigação de custear métodos terapêuticos específicos; (iii) eventual atendimento fora da rede credenciada autorizaria apenas reembolso limitado aos parâmetros contratuais; e (iv) existia rede credenciada apta à prestação dos serviços.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO:

As questões em discussão consistem em:

- (i) definir se a operadora pode restringir a cobertura do tratamento multidisciplinar com fundamento na taxatividade do rol da ANS;
- (ii) estabelecer se a inexistência ou insuficiência da rede credenciada autoriza o custeio integral do tratamento realizado fora da rede referenciada; e
- (iii) determinar se a ausência de obrigação de custeio de métodos terapêuticos específicos afasta o dever de garantir o tratamento prescrito pelos médicos assistentes.

III. RAZÕES DE DECIDIR:

A relação jurídica possui natureza consumerista, incidindo o Código de Defesa do Consumidor, devendo as cláusulas contratuais serem interpretadas conforme a boa-fé objetiva e de maneira mais favorável ao consumidor, especialmente em contrato de adesão.

Os relatórios médicos comprovam a necessidade de tratamento multidisciplinar contínuo, envolvendo psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicopedagogia, sem que a operadora tenha produzido prova técnica apta a afastar a indicação clínica.





Incumbe à operadora demonstrar que sua rede credenciada dispõe de profissionais efetivamente habilitados, disponíveis e aptos a prestar integralmente o tratamento necessário, ônus do qual não se desincumbiu.

A mera indicação formal de prestadores ou a alegação genérica de existência de cobertura não comprovam a efetiva prestação do serviço, que exige rede acessível, suficiente e compatível com as necessidades clínicas do beneficiário.

A insuficiência da rede credenciada caracteriza falha na prestação do serviço e impõe à operadora o dever de custear integralmente o tratamento realizado fora da rede, não sendo legítimo transferir ao consumidor os ônus decorrentes da deficiência da assistência disponibilizada.

A controvérsia acerca da obrigatoriedade de cobertura de métodos terapêuticos específicos não altera a solução da demanda, pois a condenação assegura o tratamento multidisciplinar prescrito em razão da comprovada insuficiência da rede assistencial, e não o custeio de técnica específica por livre escolha da família.

O fundamento da condenação não reside na natureza taxativa ou exemplificativa do rol da ANS, mas na falha da operadora em disponibilizar tratamento compatível com a enfermidade coberta pelo contrato, sendo a referência à Lei nº 14.454/2022 apenas reforço argumentativo.

IV. DISPOSITIVO:

Recurso conhecido e desprovido.

Dispositivos legais relevantes citados: CDC, art. 47; Lei nº 9.656/1998, art. 12, VI; Lei nº 9.656/1998, art. 10, com redação da Lei nº 14.454/2022; CPC, art. 85, § 11.





Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmula 608; TJRJ, Apelação nº 0005157-28.2021.8.19.0061, Rel. Des. André Luís Mançano Marques, j. 19.03.2026; TJRJ, Apelação nº 0001721-15.2020.8.19.0023, Rel. Des. Marcia Ferreira Alvarenga, j. 10.03.2026; TJRJ, Apelação nº 0802247-81.2023.8.19.0042, Rel. Des. Milton Fernandes de Souza, j. 12.05.2026.

ACÓRDÃO

VISTOS, relatados e discutidos este **RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0031711-23.2021.8.19.0021**, em que é apelante **BRADESCO SAUDE S.A.** e apelado **A. L. M. D. A., REP/P/S/MAE ANA PAULA DE ANDRADE MOREIRA**.

ACORDAM os Desembargadores que compõem a Décima Sexta Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro **em julgar o presente recurso, nos termos da certidão de julgamento**.

RELATÓRIO

Adota-se, na forma regimental e pela presteza do sistema eletrônico, o relatório proferido pelo eminente magistrado de origem (id 518).

A sentença proferida pelo Juízo *a quo* julgou parcialmente procedentes os pedidos autorais, nos seguintes termos:

“(…)

É o relatório. Passo a decidir.

A demanda deve ser julgada no estado uma vez que são suficientes as provas acostadas aos autos para a formação do



convencimento do Juízo, amoldando-se a hipótese ao previsto no art. 355, I, CPC.

É dever da parte juntar todos os documentos destinados a provar suas alegações com a inicial ou com a contestação, na forma do art. 434, CPC.

Regularmente intimadas, as partes não formularam requerimento de outras provas para além das que já constam nos autos, o que confirma que o feito está apto a julgamento.

No mérito, a relação de direito material existente entre as partes é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, aplicando-se os princípios e regras do microssistema, em especial a tutela do hipossuficiente e a facilitação dos meios de defesa em Juízo.

Cabe ainda a parte ré provar que prestou ou serviço e que o defeito inexistente, conforme previsão do art. 14, §3º, I, CDC. Note-se que se trata de regra de ônus de prova que decorre diretamente da Lei e independe de qualquer manifestação do Juízo para produção de efeitos diante do caráter imperativo da norma.

Essa prerrogativa legal não isenta a parte autora de fazer prova mínima do direito alegado nos termos do enunciado de súmula 330, TJRJ: "os princípios facilitadores da defesa do consumidor em juízo, notadamente o da inversão do ônus da prova, não exoneram o autor do ônus de fazer, a seu encargo, prova mínima do fato constitutivo do alegado direito". Referência: Processo Administrativo nº. 0053831-70.2014.8.19.0000 - Julgamento em 04/05/2015 - Relator: Desembargador Jesse Torres. Votação por maioria.

Com base no que restou apurado nos autos, restou devidamente comprovado que o tratamento prescrito não era totalmente prestado na rede credenciada, sendo certo que é dever da ré tal cobertura.

A documentação médica (anexos 18 e 208) evidencia que as comorbidades do autor - Transtorno do Espectro Autista (TEA), epilepsia e deficiência intelectual moderada-grave - determinam um quadro de neurodesenvolvimento atípico. Este se manifesta através de prejuízos significativos na interação social, na comunicação verbal e não verbal e na presença de padrões comportamentais estereotipados.





Observa-se também um comprometimento cognitivo incompatível com a idade cronológica, o que interfere em processos de alfabetização, operações lógico-matemáticas, entendimento de dinâmicas sociais e aquisição de autonomia. Consequentemente, é indicada a intervenção terapêutica multidisciplinar regular, com profissionais das áreas de fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e psicopedagogia.

Quanto ao procedimento em si, em que pese as considerações de parcela da doutrina acerca dos riscos de insustentabilidade do sistema de saúde privado sem um regramento objetivo das coberturas, a tese restou prejudicada diante da publicação da Lei 14.454/22 que assegurou a natureza exemplificativa do rol da ANS no tocante aos tratamentos.

Vejamos a atual redação do art. 10, §13, I, Lei 9.656/98: "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... exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico...".

Houve verdadeira reação legislativa, sendo certo que a Lei inclusive já foi reputada como constitucional em recente julgado do Supremo Tribunal Federal.

Patente a falha na prestação do serviço. A parte ré tem o dever de zelar pela regularidade da cobertura que presta a seus associados de modo a evitar a quebra de expectativa, o que não ocorreu no caso concreto.

Provada a necessidade do tratamento, sendo certo que a negativa se traduz em comportamento ilícito.

Deve ser confirmada a tutela de urgência.

De qualquer modo, uma vez que o vínculo já foi extinto, as obrigações devem observar os marcos temporais pertinentes.

Pelo exposto JULGO PROCEDENTE o pedido na forma do art. 487, I, CPC para CONFIRMAR a tutela de urgência de fls. 62 e DECLARAR encerradas as obrigações da ré para com o autor em 09/2022 - fls. 473. Mantidos os efeitos até a data indicada.





Condeno a parte ré ao pagamento de honorários advocatícios em favor do patrono da parte autora fixados em 10% do valor do tratamento realizado por se referir ao proveito econômico obtido.

PRI.

Vista ao MP.

Transitada em julgado e, nada mais sendo requerido, dê-se baixa e archive-se”.

A ré, inconformada, interpôs recurso de apelação (id 565). Em suas razões recursais, sustenta, em síntese, que observou integralmente a legislação e as normas administrativas vigentes à época dos fatos, afirmando que a sentença aplicou disciplina normativa superveniente para fundamentar a condenação.

Argumenta que a cobertura contratual está vinculada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, então disciplinado pelas Resoluções Normativas nº 428 e nº 465, cuja natureza seria taxativa, inexistindo obrigação de custear métodos terapêuticos específicos, como Denver, Integração Sensorial e outros, por não integrarem o referido rol.

Defende que a escolha da técnica terapêutica compete exclusivamente ao profissional responsável pelo atendimento, sendo devida apenas a cobertura das sessões previstas nas diretrizes da ANS, conforme a patologia apresentada.

Alega, ainda, que a psicopedagogia não constitui procedimento integrante do rol obrigatório e que eventual tratamento realizado fora da rede credenciada somente enseja reembolso nos limites contratualmente estabelecidos, de acordo com a tabela de coeficientes de reembolso prevista na apólice.

Requer, assim, a reforma integral da sentença para que os pedidos formulados na petição inicial sejam julgados improcedentes.

As contrarrazões foram apresentadas no id 582, pugnando pelo desprovisionamento do recurso e manutenção da sentença.





Parecer da D. Procuradoria de Justiça no id 598, no sentido de conhecimento e desprovimento da apelação.

VOTO

O recurso deve ser conhecido, eis que satisfeitos os pressupostos recursais, notadamente, o interesse e a tempestividade, além de sua pertinência objetiva.

A relação jurídica entre as partes é de consumo, aplicando-se as disposições do Código de Defesa do Consumidor, conforme consolidado no Enunciado nº 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.”*

Assim, considerando a aplicação da Lei nº 8.078/90, norma de ordem pública que tem por objetivo a proteção e a defesa do consumidor, que é a parte hipossuficiente e vulnerável, via de regra, na relação contratual, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas à luz da boa-fé objetiva e de forma mais favorável ao consumidor, consoante o disposto no art. 47 da referida lei, especialmente em se tratando de contrato de adesão.

Trata-se, na origem, de Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência proposta com o objetivo de compelir a operadora de plano de saúde a autorizar e custear os tratamentos multidisciplinares prescritos para o tratamento de Transtorno do Espectro Autista (TEA), epilepsia e deficiência intelectual moderada-grave, inclusive em clínica não credenciada, diante da alegada inexistência de rede apta a prestar de forma integral os serviços indicados pelos médicos assistentes.

A tutela de urgência foi parcialmente concedida em favor do autor (id 62), com determinação de que a operadora de saúde realizasse a cobertura e custeio das





sessões e consultas necessárias ao tratamento do autor, incluindo-se atendimentos de Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicopedagogia, com a frequência de sessões explicitadas nos laudos de fls. 18 e 43 ("no mínimo uma vez por semana"), observando-se o caráter contínuo do tratamento.

Após a devida instrução probatória, sobreveio a sentença proferida pelo Magistrado de primeiro grau, a qual confirmou a tutela de urgência anteriormente deferida e declarou encerradas as obrigações da ré para com o autor em 09/2022 (fl. 473), mantendo-se os seus efeitos até a data indicada.

Cinge-se a controvérsia recursal em verificar se a operadora de plano de saúde poderia restringir a cobertura dos tratamentos multidisciplinares prescritos ao autor, sob os fundamentos de taxatividade do rol da ANS, inexistência de obrigação de custeio de métodos terapêuticos específicos e limitação contratual do reembolso em caso de atendimento fora da rede referenciada.

Não merece prosperar o recurso.

Os relatórios médicos juntados aos autos descrevem que o autor possui quadro de transtorno do espectro autista, epilepsia e deficiência intelectual moderada-grave, acompanhado de prejuízos relevantes na comunicação verbal e não verbal, na interação social, no desenvolvimento cognitivo, na alfabetização, na compreensão de dinâmicas sociais e na aquisição de autonomia (id 18 e 43).

A documentação técnica prescreve, de modo expresso, acompanhamento multidisciplinar regular por profissionais das áreas de fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e psicopedagogia, além dos demais serviços descritos no plano terapêutico.

Apesar da irresignação da operadora de saúde, não se identifica, nas razões recursais, qualquer elemento clínico ou parecer técnico capaz de infirmar a necessidade dos tratamentos prescritos.





A apelante tampouco demonstrou, mediante prova individualizada, que sua rede de assistência possuía profissionais efetivamente disponíveis, habilitados e aptos a prestar, de maneira contínua e integrada, todos os serviços exigidos pelo quadro de saúde do apelado.

Limitou-se a afirmar, de forma genérica, que as sessões se encontravam contempladas nas normas regulatórias e que havia estabelecimentos referenciados no município de residência do autor.

Contudo, a mera apresentação nominal de prestadores ou a afirmação genérica de existência de cobertura, desacompanhada da demonstração de disponibilidade real e aptidão para absorção do caso, não satisfaz o ônus probatório imposto à fornecedora.

O serviço de assistência à saúde não se considera adequadamente prestado pela simples existência formal de uma rede credenciada. Exige-se que essa rede seja acessível, suficiente e compatível com as necessidades clínicas do paciente.

A sentença reconheceu, com base nos documentos juntados aos autos, que os tratamentos prescritos não eram integralmente disponibilizados na rede referenciada da apelante.

Tal conclusão encontra apoio nos relatórios médicos, nas comunicações administrativas mantidas entre as partes e no histórico processual relacionado ao cumprimento da tutela de urgência.

Conforme consta nos autos, a família do apelado procurou solução administrativa antes do ajuizamento da ação, sem obter indicação de prestadores capazes de realizar, em sua integralidade e com a necessária continuidade, o tratamento multidisciplinar prescrito (id 20).





Em sentido oposto, a apelante não se desincumbiu do ônus de demonstrar a suficiência da rede credenciada disponibilizada, deixando de produzir prova apta a infirmar a premissa fática reconhecida na sentença.

A argumentação apresentada no recurso confunde a cobertura prevista contratual e normativamente com a efetiva prestação do serviço. O reconhecimento, em tese, da cobertura de sessões de psicologia, fonoaudiologia ou terapia ocupacional não se mostra suficiente. Cumpre assegurar ao beneficiário acesso a profissionais habilitados, em condições compatíveis com o quadro clínico apresentado.

A ausência ou a insuficiência de prestadores aptos configura falha na prestação do serviço e impede que a operadora se valha da delimitação de sua própria rede para obstar o tratamento indicado pelo médico assistente.

Também sem razão o argumento de que eventual atendimento realizado fora da rede credenciada autorizaria apenas o reembolso das despesas nos limites contratuais. A utilização de prestador não credenciado não decorreu de escolha discricionária do beneficiário, mas da comprovada insuficiência da rede assistencial disponibilizada pela própria operadora.

Nessas circunstâncias, não se revela legítimo transferir ao consumidor o ônus financeiro decorrente da deficiência do serviço prestado, sob pena de esvaziamento da própria finalidade do contrato de assistência à saúde.

O consumidor não pode suportar as consequências econômicas e clínicas da incapacidade da fornecedora de organizar rede assistencial suficiente para cumprir o objeto do contrato.

Neste mesmo sentido:

“EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZATÓRIA. RELAÇÃO DE CONSUMO. PLANO DE SAÚDE. MENOR PORTADOR DE





TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). NECESSIDADE DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. INSURGÊNCIA DA PARTE RÉ. **AUSÊNCIA DE REDE CREDENCIADA APTA A REALIZAR O TRATAMENTO. OBRIGAÇÃO DE CUSTEIO INTEGRAL EM PRESTADOR NÃO CREDENCIADO. EXPRESSA PREVISÃO NO ART. 12, VI, DA LEI Nº 9.656/98 E NO ART. 9º da RN nº 259/2011 DA ANS. DIREITO À SAÚDE E À DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. RESPONSABILIDADE OBJETIVA DO FORNECEDOR. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO EVIDENCIADA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. ¿QUANTUM¿ INDENIZATÓRIO MANTIDO. PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE OBSERVADOS. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.**

(0005157-28.2021.8.19.0061 - APELAÇÃO. Des(a). ANDRÉ LUÍS MANÇANO MARQUES - Julgamento: 19/03/2026 - DECIMA NONA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 25ª CÂMARA CÍVEL)).” (sem grifos no original)

“APELAÇÃO CÍVEL. CÂMARA DE DIREITO PRIVADO. DIREITO DO CONSUMIDOR E DIREITO À SAÚDE. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR INTENSIVO. INSUFICIÊNCIA DE REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO INTEGRAL. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS. DANO MORAL IN RE IPSA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. RECURSOS DESPROVIDOS.

I. CASO EM EXAME

1. Apelações cíveis interpostas por administradora de benefícios e operadora de plano de saúde contra sentença que julgou procedente ação de obrigação de fazer cumulada com indenização, proposta por menor com Transtorno do Espectro Autista (TEA), para obter custeio ou reembolso integral de tratamento multidisciplinar intensivo realizado em clínica especializada, além de danos materiais referentes a diferença de reembolsos no valor de R\$ 17.564,50 e danos morais no valor de R\$ 10.000,00, com condenação solidária das rés.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO





2. Há duas questões em discussão: (i) definir se a administradora de benefícios em plano coletivo por adesão, possui legitimidade passiva e responsabilidade solidária por falha na prestação do serviço; (ii) estabelecer se, diante da insuficiência de rede credenciada na localidade do beneficiário para tratamento multidisciplinar intensivo de TEA, é devido o reembolso integral das despesas e a indenização por dano moral.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A relação jurídica é de consumo, incidindo o CDC e a Súmula 608 do STJ, de modo que os integrantes da cadeia de fornecimento respondem objetiva e solidariamente pelos danos decorrentes de falha do serviço.

4. A administradora de benefícios integra a cadeia de fornecimento ao atuar na comercialização, cobrança, gestão cadastral e atendimento administrativo, razão pela qual responde solidariamente, nos termos dos arts. 7º, parágrafo único, 18, 25, § 1º, e 34 do CDC, sendo rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva.

5. O tratamento de TEA exige intervenção precoce, intensiva e multidisciplinar, e a proteção normativa assegura atendimento multiprofissional (Lei nº 12.764/2012, art. 3º, III, b), com prioridade absoluta à criança (CF, art. 227) e tutela reforçada à pessoa com deficiência (Lei nº 13.146/2015).

6. Incumbe à operadora, como detentora das informações da rede assistencial, demonstrar a existência de prestadores aptos e disponíveis na área de abrangência para atendimento multidisciplinar intensivo, e a ausência de comprovação específica atrai a regra do art. 373, II, do CPC, presumindo-se verdadeira a alegação de insuficiência de rede.

7. Inexistindo ou sendo indisponível prestador na rede assistencial na área geográfica do plano, a operadora deve garantir atendimento fora da rede, conforme art. 4º da RN ANS nº 259/2011, e o reembolso é integral, por decorrer de falha do serviço, e não de mera livre escolha do consumidor.

8. A negativa de tratamento essencial em plano de saúde, especialmente envolvendo criança com deficiência, configura





dano moral in re ipsa, e o valor de R\$ 10.000,00 mantém-se adequado, à luz da Súmula 343 do TJRJ.

IV. DISPOSITIVO E TESE

9. Recursos desprovidos.

Tese de julgamento: "1. A administradora de benefícios que integra a cadeia de fornecimento em plano coletivo por adesão responde solidariamente com a operadora por falha na prestação do serviço, à luz do CDC. 2. Demonstrada a insuficiência de rede credenciada para tratamento multidisciplinar intensivo de TEA, é devido o reembolso integral das despesas realizadas fora da rede, nos termos da regulação da ANS e do ônus probatório do fornecedor. 3. A recusa de cobertura de tratamento essencial de saúde gera dano moral in re ipsa, especialmente quando envolve criança com deficiência, mantendo-se a indenização quando observados proporcionalidade e razoabilidade."

Dispositivos relevantes citados: CF, art. 227; Lei nº 12.764/2012, art. 3º, III, b; Lei nº 13.146/2015; Lei nº 9.656/1998, art. 10, § 13 (com redação da Lei nº 14.454/2022); CDC, arts. 7º, parágrafo único, 18, 25, § 1º, 34 e 51, IV e § 1º, II; CPC, art. 373, II, e art. 85, § 11; CC, art. 421; RN ANS nº 259/2011, art. 4º; RN ANS nº 539/2022.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmula 608; STJ, REsp 2.043.003-SP; TJRJ, Súmulas 340 e 343.

(0001721-15.2020.8.19.0023 - APELAÇÃO. Des(a). MARCIA FERREIRA ALVARENGA - Julgamento: 10/03/2026 - OITAVA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 17ª CÂMARA CÍVEL)). (sem grifos no original)

“APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. CRIANÇA DIAGNOSTICADA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. RECURSO DA RÉ. DESPROVIMENTO.

1. Relação de consumo configurada, aplicando-se o Código de Defesa do Consumidor.

2. Paciente menor, com diagnóstico de TEA com indicação médica expressa de tratamento multidisciplinar intensivo e





contínuo, envolvendo terapias especializadas, sob risco de prejuízo ao desenvolvimento.

3. Rol de procedimentos da ANS que possui natureza exemplificativa ou, ao menos, taxatividade mitigada, admitindo cobertura de tratamento não listado quando comprovada sua necessidade.

4. Incidência da Resolução Normativa nº 539/2022 da ANS, que assegura cobertura de terapias para tratamento do TEA, inclusive quanto ao método indicado pelo médico assistente.

5. Inexistência de rede credenciada apta a fornecer o tratamento adequado, evidenciada pela insuficiência dos prestadores indicados e pela distância incompatível com a continuidade terapêutica, sobretudo em se tratando de criança com transtorno do neurodesenvolvimento.

6. Possibilidade de realização do tratamento fora da rede credenciada, às expensas da operadora, diante da falha na prestação do serviço.

7. Reembolso integral devido, afastada a limitação contratual, por não se tratar de escolha voluntária do beneficiário, mas de ausência de alternativa eficaz na rede conveniada.

8. Dano moral configurado. Recusa indevida de cobertura de tratamento essencial que ultrapassa o mero inadimplemento contratual, especialmente diante da vulnerabilidade da criança e de sua família.

9. Quantum indenizatório fixado em R\$ 5.000,00 que se mostra adequado, à luz dos princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

10. Majoração dos honorários advocatícios em grau recursal, nos termos do art. 85, §11, do CPC.

DESPROVIMENTO DO RECURSO

(0802247-81.2023.8.19.0042 - APELAÇÃO. Des(a). MILTON FERNANDES DE SOUZA - Julgamento: 12/05/2026 - QUARTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 5ª CÂMARA CÍVEL)). (sem grifos no original)





Registre-se que a sentença não condenou a apelante ao pagamento indiscriminado de reembolso por despesas voluntariamente realizadas fora da rede. Confirmou obrigação de custeio estabelecida em tutela de urgência, limitada ao período de vigência do vínculo contratual.

A apelante afirma, também, que não estaria obrigada ao custeio de métodos terapêuticos específicos, por não integrarem, à época dos fatos, o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, mencionando, entre outros, os métodos ABA, DENVER, DIR/Floortime, PROMPT e Integração Sensorial.

A insurgência, contudo, não infirma o fundamento determinante da sentença.

Com efeito, a condenação não impôs à operadora o custeio de determinada técnica terapêutica por mera opção da família ou por escolha desvinculada de indicação clínica. Tampouco reconheceu ao beneficiário o direito de eleger, discricionariamente, metodologia ou estabelecimento para a realização do tratamento.

O provimento jurisdicional limitou-se a assegurar ao autor o tratamento multidisciplinar prescrito pelos profissionais assistentes, diante da comprovação de que a rede credenciada não disponibilizava, de forma adequada, integral e contínua, os atendimentos exigidos pelo quadro clínico apresentado.

No caso concreto, a apelante não demonstrou que a rede assistencial por ela disponibilizada possuía capacidade para fornecer, de forma contínua e compatível com as necessidades do autor, os atendimentos indicados pelos médicos assistentes, independentemente do método terapêutico adotado.

Nesse cenário, a discussão desenvolvida nas razões recursais acerca da obrigatoriedade de cobertura de métodos específicos não afasta a constatação reconhecida na sentença, consistente na insuficiência da rede credenciada para assegurar o tratamento multidisciplinar de que necessitava o autor.





Essa mesma constatação evidencia, ainda, a improcedência da alegação de que, à época dos fatos, o rol da ANS possuía natureza taxativa e de que a Lei nº 14.454/2022 não poderia ser considerada na solução da controvérsia.

Isso porque o fundamento central da condenação não reside na ausência de determinado procedimento no rol da ANS, mas na circunstância de que as enfermidades apresentadas pelo beneficiário estavam abrangidas pela cobertura contratual e demandavam tratamento multidisciplinar que a operadora não disponibilizou de forma adequada.

O rol regulatório estabelece o conteúdo assistencial mínimo e disciplina a atuação das operadoras, mas não autoriza que, reconhecida a cobertura da enfermidade, sejam inviabilizados os meios indispensáveis ao tratamento prescrito.

A referência feita na sentença à Lei nº 14.454/2022 possui caráter de reforço argumentativo, não constituindo o fundamento determinante da solução adotada. O reconhecimento da falha na prestação do serviço decorreu da comprovação de que a operadora não disponibilizou, por meio de sua rede credenciada, tratamento compatível com as necessidades do paciente, circunstância suficiente para caracterizar o inadimplemento da obrigação contratual.

Nesse contexto, a alteração promovida no art. 10 da Lei nº 9.656/1998, ao atribuir ao rol da ANS a natureza de referência básica para a cobertura assistencial, apenas corroborou a conclusão alcançada, sem exigir aplicação retroativa do referido diploma legal.

Ainda que a controvérsia fosse examinada exclusivamente à luz das normas vigentes ao tempo das solicitações, remanesceria o dever da operadora de disponibilizar, de forma efetiva, as terapias cobertas e necessárias ao tratamento do beneficiário.

Diante desse conjunto de circunstâncias, a manutenção da sentença constitui consequência da prova produzida nos autos e da correta aplicação das





normas incidentes, inexistindo fundamento apto a justificar a reforma pretendida pela apelante.

Por todo o exposto, voto pelo **CONHECIMENTO E DESPROVIMENTO DO RECURSO**, mantendo-se integralmente a sentença, na forma como proferida. Observando-se os termos do art. 85, §11 do CPC, ficam majorados os honorários sucumbenciais em 2% sobre o valor já fixado em sede de primeiro grau.

Rio de Janeiro, na data da assinatura digital.

DESEMBARGADORA MÁRCIA SUCCI
RELATORA

