



Apelação Cível nº 0024998-89.2021.8.19.0002

Apelante 1: UNIMED DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS - UNIMED FERJ

Apelante 2 (adesivo): MIGUEL CAMPOS COSTA AMARAL, ISABELE CAMPOS COSTA AMARAL e EROS IZIDORO AMARAL

Apelados: OS MESMOS

Juízo sentenciante: JULIANE MOSSO BEYRUTH DE FREITAS GUIMARAES

Relator: Desembargador ANDRÉ LUIZ CIDRA

APELAÇÃO CÍVEL. RELAÇÃO DE CONSUMO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. CRIANÇA DIAGNOSTICADA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA PARCIAL. RECURSO DA OPERADORA E RECURSO ADESIVO DOS AUTORES. 1) Relação de consumo. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula 608 do STJ, ressalvadas as hipóteses de autogestão. Vulnerabilidade agravada em razão de o beneficiário ser criança com TEA, o que atrai, também, a incidência da Lei nº 12.764/2012 e da Lei nº 13.146/2015. 2) Direito à abordagem multiprofissional expressamente previsto nos arts. 2º, III, e 3º, III, "b", da Lei nº 12.764/2012. Resolução Normativa ANS nº 539/2022, que alterou o art. 6º, § 4º, da RN nº 465/2021, tornando obrigatória a cobertura de qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento de transtornos globais do desenvolvimento, entre os quais o TEA. 3) Rol da ANS de natureza exemplificativa, nos termos do art. 10, § 12, da Lei nº 14.454/2022. Precedentes do STJ e teses fixadas na edição 259 da Jurisprudência em Teses que reconhecem a abusividade da limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar (Tema Repetitivo nº 1.295) e a obrigatoriedade de cobertura de equoterapia, musicoterapia e hidroterapia para o tratamento do TEA. 4) Mera disponibilização de rede credenciada que não supre a obrigação da operadora quando não demonstrada a efetiva aptidão técnica e a suficiência quantitativa dos prestadores para a realização do tratamento na forma prescrita. Insuficiência da rede credenciada comprovada nos autos que impõe à operadora o custeio direto ou o reembolso integral das despesas particulares, afastada a limitação aos tetos da tabela contratual. 5) Prerrogativa do médico assistente, e não da operadora, para definir a técnica terapêutica adequada. Aplicação analógica da Súmula 211 do TJRJ. 6) Dano moral configurado. Circunstâncias concretas do caso que ultrapassam o mero dissabor, diante da urgência do tratamento prescrito à criança com TEA e do risco de prejuízos cognitivos, comportamentais e sociais decorrentes da sua interrupção. Valor fixado em R\$ 15.000,00 (R\$ 5.000,00 para cada autor) que observa os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, não comportando redução nem majoração. 7) Juros de mora corretamente fixados a partir da citação, nos termos do art. 405 do Código Civil. 8) RECURSOS DESPROVIDOS.

Apelação Cível nº 0024998-89.2021.8.19.0002 (7)
20ª Câmara de Direito Privado
Desembargador Relator André Luiz cidra

Fls. 1



RELATÓRIO

Trata-se de apelações cíveis interpostas pela parte ré, **UNIMED DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**, e, adesivamente, pelos autores, **MIGUEL CAMPOS COSTA AMARAL, ISABELE CAMPOS COSTA AMARAL e EROS IZIDORO AMARAL**, contra sentença proferida pelo Juízo da **7ª Vara Cível da Comarca de Niterói**, que, nos autos da ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos morais, julgou parcialmente procedentes os pedidos para confirmar a tutela de urgência e determinar o custeio das terapias multidisciplinares necessárias ao tratamento do primeiro autor, além de condenar as operadoras de saúde ao pagamento de R\$ 15.000,00 a título de danos morais, sendo R\$ 5.000,00 para cada demandante:

Trata-se de ação de Obrigação de fazer c/c indenização por danos morais ajuizada por **MIGUEL CAMPOS COSTA AMARAL, ISABELE CAMPOS COSTA AMARAL e EROS IZIDORO AMARAL** em face de **UNIMED LESTE FLUMINENSE**. Preambularmente, requerem a concessão da gratuidade de justiça.

Narram que 1º autor é beneficiário do plano de saúde fornecido pela ré, sendo **MIGUEL** menor impúbere, filho dos demais autores e portador de transtorno do espectro autista. Em razão disso, recebeu prescrição de acompanhamento multidisciplinar para desenvolvimento de suas habilidades. Afirma que, embora instada diversas vezes, a ré não forneceu na sua rede credenciada profissionais para o tratamento, sob alegação de suposta ausência de cobertura, ante a falta de expressa previsão de parte do tratamento no Rol da ANS.

Os tratamentos requeridos são: Fonoaudiologia 3horas por semana, Terapia Ocupacional com integração sensorial 2horas por semana, Psicologia pelo método cognitivo comportamental 2horas por semana, Psicopedagogia pelo método Teacch 2horas por semana, Psicomotricidade 2horas por semana, Musicoterapia 1hora por semana e Hidroterapia 2 horas por semana.

Requer a concessão da tutela de urgência para determinar que a Ré forneça as terapias prescritas pelo médico assistente. Ainda, requer a inversão do ônus probatório e, no mérito, a confirmação da tutela de urgência e condenação da ré ao pagamento de indenização por danos morais e reembolso de despesas contraídas pelos autores com o tratamento.

Apelação Cível nº 0024998-89.2021.8.19.0002 (7)
20ª Câmara de Direito Privado
Desembargador Relator André Luiz cidra

Fls. 2

Deferida a gratuidade de justiça e a tutela de urgência em id. 69.

Contestação da ré em id. 87. Preliminarmente, oferece impugnação à gratuidade de justiça. No mérito, sustenta que foi regularmente disponibilizado o tratamento prescrito para as terapias que possuem cobertura legal e contratual, com a indicação de clínicas para tanto e que a recusa de cobertura de parte dos tratamentos indicados no laudo médico encontra respaldo legal na ausência de previsão contratual e não inclusão no rol de procedimentos obrigatórios da ANS. Impugna a existência de danos morais. Requer a improcedência dos pedidos.

Réplica em id. 550.

Manifestação do Ministério Público em id. 570, pela inversão do ônus da prova.

Petições das partes em id. 582 e 584, dispensando a produção de provas.

Parecer do parquet em id. 610, pela procedência dos pedidos.

Decisão saneadora em id. 668, na qual foi deferida a inversão do ônus da prova.

Majoração da multa por descumprimento da tutela antecipada em id. 713.

Inclusão da UNIMED FERJ no polo passivo.

Memoriais em id. 918 e 930.

É O RELATÓRIO.

DECIDO.

Compulsando os autos, verifico que cabe o julgamento antecipado da lide, tendo em vista a ausência de outras provas a produzir.

Sem preliminares a serem enfrentadas, passo à análise do mérito da demanda.

Cumpre salientar que a relação jurídica entre as partes é de caráter consumerista, devendo, portanto, a controvérsia, ser dirimida com as diretrizes estabelecidas no Código de Defesa do Consumidor.

Ademais, a Súmula nº 608 do STF dispõe: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão, o que não é o caso presente.

Para além disto, o Código de Defesa do Consumidor considera que o usuário do plano de saúde é o sujeito mais vulnerável daquela relação jurídica, merecendo toda proteção, em especial quando se trata de contrato de adesão, que contém cláusula limitadora de direitos, acarretando desvantagens ao paciente que tanto precisa do tratamento.

Apelação Cível nº 0024998-89.2021.8.19.0002 (7)
20ª Câmara de Direito Privado
Desembargador Relator André Luiz cidra

O ponto controvertido da lide reside em perquirir acerca da efetiva obrigatoriedade da cobertura para o tratamento multidisciplinar pretendido pela parte autora e, em caso positivo, se houve recusa no atendimento, com o eventual consequente dever de indenizar.

Conforme constatado nos laudos médicos de ids. 43 e 44, tornou-se necessário o tratamento com os procedimentos ali prescritos, visando à busca de alguma melhoria na qualidade de vida do autor.

É da essência dos contratos de plano de saúde fornecer os meios necessários para a preservação de uma saúde digna do segurado. Diante disto, decorre o dever da ré de custear tratamento clínico, cirúrgico, de internação hospitalar ou domiciliar. Portanto, qualquer tentativa de limitação desses serviços não se coaduna com a natureza do contrato.

No que tange à alegação do réu no sentido de que o tratamento requerido pela parte autora não consta do rol obrigatório da Agência Nacional de Saúde, ressalto que o STF, no julgamento da ADI 2.095/RS, em 11/10/2019, assim decidiu: "o poder normativo atribuído às agências reguladoras deve ser exercitado em conformidade com a ordem constitucional e legal de regência".

Com relação ao RESP nº 1.886.929-SP, o qual sedimentou o entendimento que o custeio de procedimento não previsto na lista obrigatória da ANS só poderá ocorrer em extrema necessidade de saúde, com a devida comprovação através de laudos circunstanciados, certo é que os documentos médicos acostados nos autos demonstram expressamente a imprescindibilidade dos tratamentos requeridos (id. 43/44).

Além disso, importa destacar que, em razão da RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 539, a partir de 1º de julho de 2022, tornou-se obrigatória a cobertura para qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento do paciente que tenha um dos transtornos enquadrados na CID F84, conforme a Classificação Internacional de Doenças.

A normativa também ajustou o anexo II do Rol para que as sessões ilimitadas com fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas englobem todos os transtornos globais de desenvolvimentos (CID F84). Portanto, não se sustenta a alegação defensiva no sentido de não haver previsão do tratamento no rol da ANS.

Como se não bastasse, a edição nº 259 da Jurisprudência em Teses do Superior Tribunal de Justiça, de maio de 2025, em seu tema n.º 1, estabelece que é abusiva a recusa de cobertura pela operadora do plano de saúde de terapia multidisciplinar, bem como a limitação do número de sessões, aos beneficiários com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista-TEA. A seu turno, o tema n. 2 também firmou entendimento no sentido de que a ANS tornou obrigatória a cobertura, pela operadora do plano de saúde, de qualquer método ou técnica indicada pelo profissional de saúde responsável para o tratamento de TEA, Síndrome de Asperger e Síndrome de Rett.

Outrossim, a Súmula nº 340 deste E. Tribunal assevera: "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".

Assim, revela-se abusiva a recusa indevida de custeio dos procedimentos indicados pelo médico, que se consubstanciam na melhor opção de tratamento da enfermidade do autor. Os documentos firmados pelo médico esclarecem a necessidade do tratamento para o demandante como forma de promover a melhoria em sua qualidade de vida, funcionalidade e saúde física e psíquica. Ora, em sendo a enfermidade da qual padece o autor coberta pelo contrato firmado, não cabe à operadora de saúde determinar qual o melhor tratamento/medicamento a ser adotado, mas sim ao médico que acompanha o demandante.

Para além disso, deve a seguradora prover tratamento que seja viável e adequado para as condições do beneficiário, sendo irrazoável o condicionamento do tratamento em locais excessivamente distantes por falta de rede credenciada próxima à residência do paciente, quando houver outras clínicas ou profissionais habilitados nas proximidades.

Destarte, tendo a parte autora comprovado o fato constitutivo de seu direito, nos termos do artigo 373, inciso I, do CPC, cumpria ao réu provar o fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito alegado na inicial, a teor do artigo 373, inciso II, do mesmo Diploma Legal, ônus este do qual não se desincumbiu.

Portanto, merece confirmação a tutela de urgência deferida em id. 69, posto que a ré não se desincumbiu de comprovar as suas alegações.

Neste sentido, a demandada insurgiu em conduta abusiva, gerando flagrante frustração na expectativa da parte autora quanto ao serviço de saúde contratado. Sendo assim, configurada a falha na prestação do serviço, evidencia-se o dever de indenizar.

Ademais, segundo o STJ:

"Sempre que demonstrada a ocorrência de ofensa injusta à dignidade da pessoa humana, dispensa-se a comprovação de dor e sofrimento para configuração de dano moral. Segundo doutrina e jurisprudência do STJ, onde se vislumbra a violação de um direito fundamental, assim eleito pela CF, também se alcançará, por consequência, uma inevitável violação da dignidade do ser humano. A compensação nesse caso independe da demonstração da dor, traduzindo-se, pois, em consequência in re ipsa, intrínseca à própria conduta que injustamente atinja a dignidade do ser humano. Aliás, cumpre ressaltar que essas sensações (dor e sofrimento), que costumeiramente estão atreladas à experiência das vítimas de danos morais, não se traduzem no próprio dano, mas têm nele sua causa direta." REsp 1.292.141-SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 4/12/2012.

A propósito, a Súmula nº 339 deste Egrégio Tribunal assim dispõe: "A recusa indevida ou injustificada, pela operadora de plano de saúde, de

autorizar a cobertura financeira de tratamento médico enseja reparação a título de dano moral".

O dano moral possui função punitiva e pedagógica. Para o seu arbitramento, deve o julgador se atentar aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, à luz do caso concreto, sem fazer com que o valor patrimonial se transforme em enriquecimento sem causa.

Nos ensinamentos do Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, nos autos do Recurso Especial nº 1.152.541/RS, a fixação do valor da indenização deve se nortear pelo critério bifásico. Senão vejamos:

"Na primeira etapa, deve-se estabelecer um valor básico para a indenização, considerando o interesse jurídico lesado, com base em grupo de precedentes jurisprudenciais que apreciaram casos semelhantes (...) Na segunda etapa, devem ser consideradas as circunstâncias do caso, para fixação definitiva do valor da indenização, atendendo a determinação legal de arbitramento equitativo pelo juiz".

Nesse sentido, tenho que o valor total de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais, sendo R\$5.000,00 para cada autor) se revela adequado, tendo em vista os percalços enfrentados pelos autores para lograr o custeio do tratamento. Com efeito, tais percalços ultrapassaram o limite do aborrecimento diário, gerando incertezas e angústias para o autor e sua família, principalmente em um contexto de fragilidade emocional e física. No caso destes autos, além de a demandada não ter oferecido tal respaldo ao consumidor quando mais precisava, ainda gerou desgaste desnecessário à parte autora, que foi obrigada a demandar em juízo para ver a saúde de seu filho assegurada.

Por fim, reputo pertinente a transcrição de alguns julgados do TJRJ sobre tema semelhante:

APELAÇÃO CÍVEL. OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. ATRASO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO. TRATAMENTO DE SAÚDE MULTIDISCIPLINAR. NEGATIVA DE COBERTURA ADEQUADA. ABUSIVIDADE. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM ARBITRADO RAZOAVELMENTE. MANUTENÇÃO.

1. Relação de consumo. Aplicação das normas insertas no Código de Defesa do Consumidor, que são de ordem pública e interesse social. Súmula 608 STJ.
2. Menor impúbere, beneficiário do plano de saúde administrado pela ré. Diagnósticos de mielomeningocele com hidrocefalia (CID 10 - Q05.4), pé torto congênito (CID10 G91), atresia anal (CID10 N31.9) e bexiga neurogênicas e outros transtornos funcionais do intestino (cid10 k59) - intestino neurogênico, além de possuir síndrome de Arnold-Chiari (CID10: Q070). Indicação de tratamento multidisciplinar, pelo método Treini, com urgência, que tem por base laudos dos médicos que acompanham a parte autora.
3. Enfermidade com cobertura pelo plano de saúde e com previsão legal. Negativa de cobertura do método de tratamento indicado que se mostra indevida. Uma vez estabelecido que determinada enfermidade possui cobertura pelo plano de saúde, como no caso, não cabe à prestadora do

Apelação Cível nº 0024998-89.2021.8.19.0002 (7)
20ª Câmara de Direito Privado
Desembargador Relator André Luiz cidra

- serviço de saúde definir quais tratamentos/métodos devam ou não ser autorizados, afigurando-se abusiva tal disposição. Precedentes.
4. Resolução Normativa nº 469/2021 da ANS que prevê a cobertura obrigatória das terapias pleiteadas em número ilimitado de sessões para pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento. RN nº 539/2022 da ANS que amplia as regras de cobertura assistencial para usuários de planos de saúde com tais transtornos.
 5. Decisão do STJ. Rol Taxativo. Admissão de situações excepcionais. Critérios jurisprudenciais incorporados à Lei 9.656/1998 por meio das alterações contidas na Lei 14.454/2022.
 6. RN nº 539/2022 da ANS que amplia as regras de cobertura assistencial para usuários de planos de saúde com transtornos globais do desenvolvimento. Obrigatoriedade da cobertura para qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento do paciente que tenha um dos transtornos enquadrados na CID F84.
 7. Dano moral configurado. Sofrimento psicológico e angústia no espírito do infante, ultrapassando o mero dissabor ou inadimplemento contratual. Súmula 339 do TJRJ.
 8. Verba arbitrada em primeiro grau arbitrada em patamar acanhado, diante das especificidades da demanda, o que obsta a redução do montante.
 9. Manutenção da sentença recorrida que se impõe.

DESPROVIMENTO DO RECURSO.

(0822803-30.2023.8.19.0002 - APELAÇÃO. Des(a). CARLOS SANTOS DE OLIVEIRA - Julgamento: 21/01/2025 - SEGUNDA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 3ª CÂMARA CÍVEL)).

Desta forma, JULGO PROCEDENTE EM PARTE O PEDIDO inicial para confirmar a tutela de urgência concedida em id. 69/70, condenando as rés a implementarem e custearem todas as terapias multidisciplinares necessárias para o tratamento do 1º autor, em sua rede credenciada ou, não havendo, custeando em rede particular próxima ao seu domicílio, exceto o fornecimento de assistente terapêutico em ambiente residencial ou escolar, bem como para condenar as rés. solidariamente, ao pagamento de indenização a título de danos morais no valor total de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) para os três autores, sendo R\$5.000,00 (cinco mil reais para cada autor), valor este que deverá ser corrigido monetariamente a partir desta data e acrescido de juros legais de 1% ao mês, contados da citação.

Condeno o réu ao pagamento das custas e demais despesas processuais, além dos honorários advocatícios de 10% (dez por cento) sobre o valor total atualizado da condenação.

Após certificado o trânsito em julgado, dê-se baixa e archive-se.

P.R.I.

Em suas razões recursais, a UNIMED DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS sustenta, inicialmente, a

Apelação Cível nº 0024998-89.2021.8.19.0002 (7)
20ª Câmara de Direito Privado
Desembargador Relator André Luiz cidra

Fls. 7

inexistência de negativa de cobertura, afirmando que todas as solicitações apresentadas com a documentação necessária foram autorizadas e que disponibilizou rede credenciada apta à realização das terapias prescritas. Alega que a pretensão dos autores consistia, na realidade, na realização do tratamento em clínica próxima à residência, o que, segundo defende, não obrigaria a operadora a custear atendimento fora da rede credenciada quando existentes prestadores na região de saúde do beneficiário. Invoca, nesse ponto, as disposições da RN nº 566/2022 da ANS, especialmente quanto à garantia de atendimento na área geográfica de abrangência do plano, aduzindo ter cumprido as obrigações contratuais e regulamentares. Menciona que não haveria obrigatoriedade de disponibilização de profissionais com especializações específicas, notadamente porque a legislação e os respectivos Conselhos Profissionais não exigiriam certificações especiais para a atuação de fonoaudiólogos ou terapeutas ocupacionais no tratamento de pacientes com TEA. Cita parecer da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia para arguir que existem diferentes métodos de tratamento do autismo e que não haveria evidência científica suficiente para afirmar a superioridade de determinadas metodologias, como ABA, sobre outras abordagens terapêuticas. No tocante à cobertura dos tratamentos, explica que os procedimentos e métodos pleiteados que não constam do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS não seriam de cobertura obrigatória. Defende a natureza taxativa do Rol, com fundamento na RN nº 465/2021 e em precedentes do STJ, invocando a necessidade de preservação do equilíbrio financeiro e atuarial do sistema de saúde suplementar. Cita, nesse sentido, julgados que afastariam a obrigatoriedade de custeio de tratamentos não previstos no Rol, bem como notas técnicas do E-NATJUS/CNJ que, segundo afirma, não apontariam evidências científicas suficientes de superioridade do método ABA em relação às terapias convencionais. Aduz que a mera prescrição médica não seria suficiente para impor à operadora o custeio de tratamento não previsto no Rol ou no contrato. A apelante também impugna especificamente a exigência de tratamento pelo método

ABA e de profissional com certificação internacional BCBA, sob a tese de que tal certificação é própria do sistema norte-americano e não constitui requisito para o exercício profissional no Brasil. Explicita que métodos como integração sensorial de Ayres não integram o Rol da ANS e careceriam de evidências científicas suficientes. Quanto à hidroterapia, equoterapia/ecoterapia e musicoterapia, salienta que tais procedimentos não foram incorporados ao Rol da ANS justamente diante da necessidade de avaliação de sua segurança e efetividade. Reitera, assim, que as limitações contratuais e regulamentares não podem ser consideradas abusivas indistintamente e invoca os princípios da liberdade contratual, do pacta sunt servanda e do equilíbrio econômico dos contratos. Argumenta, ademais, que a matéria possui natureza eminentemente técnica e científica e que, diante da ausência de estudos independentes nos autos que demonstrassem a eficácia e a imprescindibilidade dos tratamentos pretendidos, seria necessária a análise por especialistas para aferir a pertinência das terapias. Sustenta, inclusive, a validade da limitação contratual de sessões na hipótese discutida, mencionando precedente em que admitida a negativa após atingido o limite de sessões previsto no contrato. Ao final desse tópico, afirma inexistir qualquer negligência ou falha na prestação do serviço. Quanto ao atendimento fora da rede credenciada e ao reembolso, assegura que o contrato prevê a possibilidade de utilização de prestadores particulares, mas condiciona o respectivo reembolso aos limites e critérios estabelecidos contratualmente. Invoca o art. 10, §1º, da RN nº 566/2022 para defender que, nos planos com livre escolha de prestadores, o reembolso deve observar os limites contratuais. Ressalta, portanto, ser indevido o reembolso integral das despesas particulares, admitindo apenas o ressarcimento parcial, conforme a tabela e as condições previstas no contrato e mediante comprovação do efetivo desembolso. Invoca entendimento do STJ no REsp nº 1.959.929/SP acerca da ilicitude do chamado reembolso sem desembolso, sustentando que tal prática poderia desvirtuar o sistema de saúde suplementar e favorecer fraudes. No que diz respeito aos danos morais, a apelante consigna que a

condenação de R\$ 15.000,00, sendo R\$ 5.000,00 para cada autor, deve ser afastada, pois sua conduta teria observado integralmente a legislação e as condições contratuais. Alega que o mero inadimplemento ou controvérsia contratual, em regra, não enseja dano moral, sendo necessária efetiva lesão anormal aos direitos da personalidade, o que não teria sido demonstrado nos autos. Defende inexistir qualquer ato atentatório à honra, à dignidade ou à integridade moral dos autores e sustenta que a indenização, no caso, configuraria enriquecimento sem causa. Subsidiariamente, caso mantida a condenação, requer a redução do quantum com observância dos princípios da razoabilidade e proporcionalidade e do art. 884 do Código Civil. Requer, ainda, que, na hipótese de manutenção da indenização, os juros moratórios incidam a partir da data do arbitramento.

Ao final, requer o provimento integral do recurso para reformar a sentença e julgar improcedentes os pedidos autorais.

No recurso adesivo, os autores defendem que a recusa indevida do plano de saúde enseja dano moral *in re ipsa*, invocando a Súmula nº 339 do TJRJ, e sustentam que o valor de R\$ 5.000,00 para cada autor é insuficiente em razão da gravidade do quadro da criança, da urgência do tratamento, do período em que permaneceu sem a terapêutica prescrita e da necessidade de recorrer ao Judiciário para obtê-la. Destacam precedentes do TJRJ que teriam fixado indenizações superiores em casos semelhantes, inclusive de R\$ 10.000,00 e R\$ 15.000,00, defendendo a observância dos princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

Ao final, requerem o provimento do apelo adesivo para majorar a indenização por danos morais para R\$ 15.000,00 para cada autor.

Instada a se manifestar, a douta Procuradoria de Justiça opinou pelo conhecimento e desprovimentos dos recursos interpostos.

É o relatório.

V O T O

Conheço dos recursos, eis que presentes seus pressupostos de admissibilidade.

Cuida-se de ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos morais ajuizada por **MIGUEL CAMPOS COSTA AMARAL, ISABELE CAMPOS COSTA AMARAL** e **EROS IZIDORO AMARAL** em face de **UNIMED RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO**, na qual o primeiro autor, criança diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA), pleiteou o custeio de tratamento multidisciplinar prescrito por seu médico assistente, diante da relatada recusa da operadora de saúde ré em disponibilizar adequadamente as terapias necessárias, bem como indenização por danos morais.

Foi deferida tutela de urgência para assegurar o tratamento.

Concluída a instrução processual, o juízo de origem julgou parcialmente procedentes os pedidos, confirmando a tutela de urgência para determinar que a parte ré implementasse e custeasse as terapias multidisciplinares necessárias ao tratamento do primeiro autor, em rede credenciada ou, inexistindo esta, em rede particular próxima ao seu domicílio, ressalvado o fornecimento de assistente terapêutico em ambiente residencial ou escolar. Ademais, condenou as operadoras de saúde, solidariamente, ao pagamento de R\$ 15.000,00 a título de danos morais, sendo R\$ 5.000,00 para cada autor, além das custas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor atualizado da condenação.

Irresignadas, ambas as partes interpuseram recurso.

As rés apontam, em síntese, (i) a inexistência de negativa de cobertura, sob a tesde de que disponibilizaram rede credenciada apta à realização das terapias pleiteadas; (ii) a ausência de obrigatoriedade de custeio de métodos e procedimentos não previstos no Rol da ANS ou no contrato, especialmente a terapia ABA, a exigência de profissional com certificação BCBA, a integração sensorial, a hidroterapia, a equoterapia e a musicoterapia; (iii) a impossibilidade de reembolso integral das despesas realizadas fora da rede credenciada, defendendo a observância dos limites e critérios estabelecidos contratualmente; e (iv) o afastamento da condenação por danos morais ou, subsidiariamente, a redução do quantum indenizatório, com a alteração do termo inicial dos juros de mora.

Os autores, por sua vez, interpuseram apelação adesiva, insurgindo-se exclusivamente contra o valor da indenização por danos morais, que reputam insuficiente diante da gravidade do quadro clínico da criança, da urgência do tratamento e da necessidade de recorrer ao Judiciário para assegurar sua realização. Pretendem, assim, a majoração da verba para R\$ 15.000,00 para cada autor, invocando a jurisprudência deste Tribunal e a Súmula nº 339 do TJRJ.

Inicialmente, ressalto que a relação jurídica estabelecida entre os autores e as operadoras de saúde é de natureza consumerista, incidindo, portanto, as normas protetivas do Código de Defesa do Consumidor, conforme entendimento consolidado na Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, ressalvadas as hipóteses de planos administrados por entidades de autogestão.

Nessa perspectiva, a interpretação das cláusulas contratuais limitativas de cobertura deve observar os princípios da boa-fé objetiva, da transparência e da

interpretação mais favorável ao consumidor, sobretudo em razão da reconhecida vulnerabilidade dos beneficiários de planos de saúde.

Na hipótese, essa vulnerabilidade se revela ainda mais acentuada em razão de o primeiro autor ser criança diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista, o que atrai, igualmente, a incidência das normas de proteção à pessoa com deficiência e à infância, notadamente a Lei nº 12.764/2012 e a Lei nº 13.146/2015.

Assim, a análise da controvérsia deve considerar não apenas as disposições contratuais e a legislação específica dos planos de saúde, mas também o conjunto normativo destinado à proteção integral da criança e da pessoa com deficiência, de modo a assegurar a máxima efetividade de seus direitos fundamentais à saúde e à dignidade.

Nesse sentido, este Tribunal de Justiça tem reiteradamente reconhecido a prevalência das normas de proteção à dignidade humana e à infância diante de restrições indevidas à cobertura de tratamentos necessários ao beneficiário.

Confira-se:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE MENOR, PORTADOR DE AUTISMO. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO. DECISÃO QUE INDEFERE PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. REFORMA QUE SE IMPÕE. REQUISITOS PARA A CONCESSÃO DA LIMINAR QUE RESTARAM COMPROVADOS. PREPONDERÂNCIA DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA SOBRE CLÁUSULAS CONTRATUAIS LIMITATIVAS DE COBERTURA DO SEGURADO. INTELIGÊNCIA DAS SÚMULAS 211. RECURSO A QUE SE DÁ PROVIMENTO. **(0064928-86.2022.8.19.0000 - AGRAVO DE INSTRUMENTO. Des(a). CESAR FELIPE CURY - Julgamento: 26/07/2023 - DÉCIMA PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL)**

Apelação Cível nº 0024998-89.2021.8.19.0002 (7)
20ª Câmara de Direito Privado
Desembargador Relator André Luiz cidra

Fls. 13



Pois bem.

O Transtorno do Espectro Autista é reconhecido por lei como deficiência para todos os efeitos legais, nos termos do artigo 1º, § 2º, da Lei nº 12.764/2012, a qual assegura, entre outros direitos, o atendimento multiprofissional.

Nesse mesmo sentido, no âmbito da saúde suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) editou resoluções normativas que esclarecem e reforçam essa garantia, de modo a assegurar que os pacientes com transtornos globais do desenvolvimento recebam cobertura adequada.

Destaca-se, nesse contexto, a Resolução Normativa nº 539/2022, que alterou o art. 6º da Resolução Normativa nº 465/2021 e passou a estabelecer a obrigatoriedade de a operadora de saúde oferecer atendimento por profissional apto a executar o método ou a técnica indicados pelo médico assistente.

Vejamos, a seguir, a redação do referido dispositivo, que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e estabeleceu a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida pelos planos privados de assistência à saúde aos indivíduos com TEA:

Art. 6º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

§ 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

Apelação Cível nº 0024998-89.2021.8.19.0002 (7)
20ª Câmara de Direito Privado
Desembargador Relator André Luiz cidra



a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente. (Incluído pela RN nº 539, 23/06/2022)

Além disso, o art. 10, §12, da Lei nº 14.454/2022 consolidou o entendimento de que o rol da ANS possui natureza de referência básica, permitindo a cobertura de tratamentos não expressamente listados quando houver respaldo em evidências científicas e prescrição médica fundamentada, sendo certo que, na hipótese *sub judice*, o método ABA e as terapias multidisciplinares para o autismo e possuem a sua eficácia categoricamente reconhecida pela ciência médica.

Nessa perspectiva, o Superior Tribunal de Justiça vem assentando a importância das terapias multidisciplinares no tratamento do TEA. Confira-se, *in verbis*:

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. COBERTURA OBRIGATÓRIA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A jurisprudência do STJ reconhece que a cobertura de terapias multidisciplinares para o tratamento de TEA, com eficácia científica reconhecida, é obrigatória, ainda que não estejam expressamente previstas no rol da ANS, desde que recomendadas por profissional habilitado, no que se inclui o método ABA.

2. Agravo interno desprovido.

(AgInt no REsp 2.012.145/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 16/12/2025, DJEN de 19/12/2025)

O Superior Tribunal de Justiça, inclusive, decidiu a controvérsia do oferecimento de tratamentos reputados necessários a pacientes com transtorno global do desenvolvimento na sistemática dos recursos repetitivos (Tema 1.295), firmando a seguinte tese:

É abusiva a limitação do número de sessões de terapia



multidisciplinar - psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional - prescritas ao paciente com Transtorno do Espectro Autista - TEA.

Também na edição 259 da Jurisprudência em Teses, o Superior Tribunal de Justiça sistematizou 11 teses fundamentais sobre os direitos das pessoas com TEA, especialmente na relação com planos de saúde, dentre elas o direito a sessões ilimitadas de terapia pelo método ABA, sendo nula qualquer cláusula contratual que imponha restrições quantitativas a esses atendimentos essenciais.

Na mesma linha, cito a segunda tese fixada nessa edição, segundo a qual "a Agência Nacional de Saúde (ANS) tornou obrigatória a cobertura, pela operadora de plano de saúde, de qualquer método ou técnica indicada pelo profissional de saúde responsável para o tratamento de Transtornos Globais do Desenvolvimento, entre os quais o Transtorno do Espectro Autista, Síndrome de Asperger e a Síndrome de Rett", com fundamento no art. 6º, § 4º, da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, alterada pela RN nº 539/2022, já mencionada anteriormente.

Deve-se buscar, ainda, dar concretude ao direito à abordagem multiprofissional previsto nos arts. 2º, III, e 3º, III, "b", da Lei nº 12.764/2012.

Com efeito, o art. 2º, III, da referida lei impõe, como diretriz da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, a garantia de atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com TEA, com vistas ao diagnóstico precoce, ao atendimento multiprofissional e ao acesso aos medicamentos e nutrientes necessários.



Já o art. 3º, III, "b", ao elencar os direitos da pessoa com TEA, assegura expressamente o acesso ao atendimento multiprofissional, reforçando, no plano infraconstitucional, o comando já previsto no dispositivo anterior.

Da leitura conjunta desses dispositivos, nota-se que o legislador não se limitou a reconhecer, em abstrato, a condição de deficiência da pessoa com TEA (art. 1º, § 2º), tendo ido além, ao consignar de forma expressa e específica que essa proteção se concretize por meio de um modelo assistencial multiprofissional, isto é, que envolva a atuação conjunta de diferentes especialidades (como psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e outras), de forma coordenada e contínua, e não fragmentada ou meramente pontual.

Trata-se, portanto, de comando legal que vincula tanto o poder público quanto, por força da equiparação promovida pelas normas da ANS já expostas, os planos privados de assistência à saúde, os quais não podem restringir a cobertura assistencial a apenas parte das especialidades necessárias ao tratamento do paciente, sob pena de esvaziar o próprio conteúdo normativo da lei.

Nesse sentido, a negativa ou a limitação, pela operadora, de qualquer das terapias integrantes do plano terapêutico multiprofissional determinado ao paciente com TEA representa afronta direta as resoluções normativas da ANS e ao próprio núcleo essencial do direito assegurado pela Lei nº 12.764/2012, comprometendo a eficácia do tratamento e, por consequência, o pleno desenvolvimento e a inclusão social da pessoa com TEA.

Na hipótese, consoante expresso no laudo anexado à fl. 43, o menor é portador de Transtorno do Espectro Autista (CID F84.0), apresentando atraso da linguagem verbal e não verbal, prejuízo da interação social e padrão restrito de



interesses e atividades, indicando a necessidade de reabilitação contínua por equipe multidisciplinar.

Foram apontadas no laudo, especificamente: fonoaudiologia, por no mínimo 3 horas semanais; terapia ocupacional com integração sensorial, por no mínimo 2 horas semanais; psicologia pelo método da terapia cognitivo-comportamental, por 2 horas semanais; psicopedagogia pelo método TEACCH, por 2 horas semanais; psicomotricidade, por 2 horas semanais; musicoterapia, por 1 hora semanal; e hidroterapia, por 2 horas semanais.

O médico assistente também consignou que as terapias já realizadas apresentavam ótimos resultados, reputando fundamental a manutenção da equipe terapêutica, inclusive em razão do vínculo estabelecido com os profissionais.

Portanto, resta evidente que a mera existência de rede credenciada, por si só, não garante a efetiva disponibilização do tratamento nos moldes prescritos pelo médico assistente, uma vez que, como já demonstrado, não se discute apenas a existência de profissionais aptos a realizar determinadas terapias, porém, sobretudo, a garantia de sua realização na qualidade e pelo período imprescindíveis ao adequado tratamento do beneficiário, consoante recomendado no laudo de fl. 43.

Por conseguinte, a limitação das sessões, quando em contrariedade com a indicação médica, equivale, na realidade, à restrição da própria cobertura contratada, de sorte que não incumbe a operadora substituir a avaliação do profissional que acompanha o paciente ou impor limite incompatível com suas necessidades terapêuticas.





Não é demais lembrar que é prerrogativa exclusiva do médico assistente, e não da operadora do plano de saúde, determinar qual a técnica terapêutica mais essencial ao desenvolvimento e à melhoria da qualidade de vida da criança, entendimento que encontra amparo, por analogia, no verbete da Súmula 211 deste TJRJ:

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.

Diante desse panorama normativo e jurisprudencial, as teses defensivas suscitadas pela operadora não encontram respaldo no entendimento atualmente pacificado pelo STJ ou na legislação de regência. A alegação de que a ausência de previsão expressa no Rol da ANS autorizaria a recusa de cobertura vai de encontro à própria natureza exemplificativa desse rol e à obrigatoriedade de cobertura das terapias multidisciplinares indicadas para o tratamento do TEA, tal como reconhecido pela Corte Superior.

Da mesma forma, não pode a operadora restringir quantitativamente as sessões prescritas pelo médico assistente, sob pena de contrariar frontalmente a tese firmada quanto à nulidade de cláusulas que imponham restrições quantitativas a esses atendimentos essenciais.

Reitero que a simples disponibilização de rede credenciada não se afigura suficiente quando o tratamento efetivamente oferecido é limitado, em desacordo com a indicação médica, o que compromete, na prática, o direito à abordagem multiprofissional assegurado pelos arts. 2º, III, e 3º, III, "b", da Lei nº 12.764/2012.



Rechaçam-se, assim, por incompatíveis com a legislação de regência e com a jurisprudência sedimentada pelo Superior Tribunal de Justiça, as alegações de inexistência de cobertura, de legitimidade da limitação das sessões e de ausência de dever de custeio das terapias necessárias ao menor beneficiário.

Cumpra registrar que o STJ também consolidou, na terceira tese da edição 259 Jurisprudência em Teses, o entendimento de que a equoterapia, a hidroterapia e a musicoterapia (esta última com controvérsia a ser dirimida no TEMA 1463), são de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde para o tratamento do TEA, indicando que a abordagem multiprofissional a que faz jus o beneficiário não se restringe às terapias convencionais (como psicologia comportamental, fonoaudiologia e terapia ocupacional), abrangendo também métodos complementares expressamente reconhecidos como indispensáveis ao seu pleno desenvolvimento.

A narrativa de que a escolha pelo atendimento particular teria advindo de simples liberalidade dos autores, a permitir reembolso apenas parcial, condicionado aos limites contratuais e à comprovação do efetivo pagamento, não merece prosperar.

Isso porque a prova dos autos revela justamente o contrário: não houve escolha livre e voluntária pela via particular, tendo ocorrido, manifestamente, a imposição, pela própria operadora, de atendimento restrito à rede credenciada, com significativas limitações quanto aos profissionais disponíveis e ao número de sessões autorizadas, conduta que, tal como já assinalado, contraria tanto a indicação médica quanto a jurisprudência assente do STJ sobre a matéria.

Nesse contexto, a busca por atendimento fora da rede credenciada decorreu de necessidade imposta pelas próprias limitações da rede oferecida pela operadora de saúde, que se mostrou insuficiente para atender à prescrição médica na quantidade e com os profissionais indicados.

Tal circunstância atrai a incidência da sexta tese fixada pelo STJ na edição 259 da Jurisprudência em Teses, segundo a qual "a pessoa diagnosticada com TEA tem direito a tratamento multidisciplinar no município de residência e ao ressarcimento integral das despesas realizadas em rede não credenciada, na hipótese de inexistência de profissionais conveniados na localidade".

Ora, se a própria Corte Superior reconhece o direito ao ressarcimento integral, e não meramente parcial, nos limites da tabela contratual, quando inexistem profissionais conveniados capazes de prestar o atendimento na forma e na quantidade recomendadas, com mais razão ainda deve ser afastada a tese de reembolso limitado no caso dos autos, em que a inaptidão da rede credenciada restou devidamente demonstrada.

A operadora não logrou atestar, de forma inequívoca, que a rede credenciada disponibilizada se encontrava, de fato, apta e suficiente para atender às necessidades terapêuticas do autor, nos exatos moldes e na frequência prescritos pelo médico assistente. Não basta, portanto, apenas a indicação formal de prestadores conveniados, de modo que primordial a comprovação de que o tratamento poderia ser efetivamente realizado pela rede disponibilizada, sem prejuízo à continuidade e à adequação da terapêutica indicada.

A propósito:

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. APELAÇÕES CÍVEIS. PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA).

Apelação Cível nº 0024998-89.2021.8.19.0002 (7)
20ª Câmara de Direito Privado
Desembargador Relator André Luiz cidra

TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. AUSÊNCIA DE REDE CREDENCIADA ADEQUADA PRÓXIMA À RESIDÊNCIA. REEMBOLSO INTEGRAL DE DESPESAS REALIZADAS FORA DA REDE. NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. MANUTENÇÃO DA INDENIZAÇÃO. DESPROVIMENTO DO RECURSO DA OPERADORA E PROVIMENTO DO RECURSO DO AUTOR. I. CASO EM EXAME 1. Cuida-se de apelações cíveis interpostas por ambas as partes contra sentença que confirmou tutela de urgência e condenou a ré a custear tratamento multidisciplinar indicado ao autor, portador de transtorno do espectro autista (TEA), bem como a reembolsar despesas com tratamento realizado, nos limites da Tabela Geral de Auxílio do plano, e ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00. A operadora sustenta a nulidade da obrigação de fazer por suposta generalidade do pedido e requer a improcedência da demanda ou, subsidiariamente, a limitação da obrigação à rede credenciada e a redução da indenização. O autor, por sua vez, pleiteia a reforma parcial da sentença para afastar a limitação do reembolso à tabela contratual, com determinação de ressarcimento integral das despesas realizadas fora da rede credenciada. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. Há duas questões em discussão: (i) definir se a operadora de plano de saúde pode restringir o custeio do tratamento multidisciplinar prescrito a paciente com TEA à rede credenciada e aos limites da tabela contratual, mesmo diante da inexistência de prestadores adequados próximos à residência do beneficiário; e (ii) estabelecer se a recusa de cobertura do tratamento indicado configura dano moral indenizável. III. RAZÕES DE DECIDIR 3. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor à relação estabelecida entre beneficiário e operadora de plano de saúde por se tratar de prestação de serviços a destinatário final. 4. O laudo médico comprova que a criança apresenta transtorno do espectro autista e necessita de tratamento multidisciplinar específico, incluindo terapias psicológica comportamental (ABA), fonoaudiológica e terapia ocupacional com integração sensorial, preferencialmente em clínica próxima à residência para evitar agravamento de irritabilidade e agressividade durante deslocamentos. 5. A Resolução Normativa nº 539/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar determina que a operadora ofereça atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratamento de pacientes com transtornos do espectro autista. 6. A jurisprudência consolidada reconhece a abusividade de cláusulas contratuais que excluem ou limitam os meios necessários ao tratamento de doença coberta pelo plano de saúde. 7. A inexistência de prestadores capacitados na rede credenciada próximos à residência do beneficiário autoriza a realização do tratamento fora da rede e impõe à operadora o custeio direto ou o reembolso integral das despesas comprovadas. 8. A recusa injustificada de cobertura de tratamento essencial configura falha na prestação do serviço e enseja dano moral presumido, especialmente diante da vulnerabilidade do paciente.

9. O valor fixado a título de danos morais em R\$ 10.000,00 observa os princípios da razoabilidade e proporcionalidade e atende às funções compensatória e pedagógica da indenização. IV. DISPOSITIVO 10. Primeiro recurso desprovido e segundo recurso provido. _____ Dispositivos relevantes citados: CDC, arts. 3º e 14; CPC, arts. 85, §§2º e 11, e 487, I; CC, art. 944; Lei nº 13.146/2015, arts. 14, 15, V; RN ANS nº 539/2022. Jurisprudência relevante citada: STJ, AREsp nº 2.319.623/SP, Rel. Min. Raul Araújo, Quarta Turma, j. 03.11.2025; STJ, REsp nº 2.043.003/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma; TJRJ, Súmulas 339 e 340. (0861949-81.2023.8.19.0001 - APELAÇÃO. Des(a). FERNANDO CERQUEIRA CHAGAS - Julgamento: 19/03/2026 - VIGESIMA CAMARA DE DIREITO PRIVADO)

Quanto aos danos morais, a condenação merece ser mantida.

Conquanto a simples recusa indevida de cobertura não enseje, por si só, dano moral presumido, conforme entendimento firmado pelo STJ no Tema 1.365, a hipótese dos autos apresenta cenário que ultrapassa o mero dissabor cotidiano, notadamente por se tratar de criança com TEA, para a qual foi prescrito tratamento multidisciplinar de caráter urgente, cuja não realização poderia acarretar graves prejuízos cognitivos, comportamentais e sociais.

Nesse cenário, a abusiva resistência da operadora não se limitou a mero inadimplemento contratual, repercutindo diretamente sobre a continuidade de tratamento essencial à saúde do menor beneficiário.

Configura-se, portanto, o dano moral indenizável, de sorte adequada a manutenção da verba fixada na sentença.

O montante de R\$ 15.000,00, correspondente a R\$ 5.000,00 para cada autor, observa os aspectos específicos da demanda, bem como os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, não se mostrando excessivo a ponto de ensejar



enriquecimento sem causa, tampouco reduzido a ponto de esvaziar a função compensatória e pedagógica da indenização.

Ausentes, assim, razões que justifiquem sua redução ou majoração.

Quanto aos juros de mora, não merece acolhimento a pretensão de incidência a partir do arbitramento, pois, tratando-se de condenação decorrente de ato ilícito praticado no âmbito de relação contratual, os juros moratórios incidem desde a citação, ex vi art. 405 do Código Civil, consoante corretamente estabelecido na sentença.

Ante o exposto, voto no sentido de **NEGAR PROVIMENTO aos recursos**, mantendo integralmente a sentença. Majoro os honorários advocatícios em 2% (dois por cento), nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

Rio de Janeiro, na data da sessão.

DES ANDRÉ LUIZ CIDRA
R E L A T O R

