APELAÇÕES CÍVEIS N. 0807865-98.2022.8.19.0023
APELANTE: GUILHERME RIBEIRO DE OLIVEIRA REP/P/MAE DEBORAH FERNANDES RIBEIRO
APELANTE: GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA.
APELADOS: OS MESMOS
RELATOR: DES. ARTHUR NARCISO

EMENTA. DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSATÓRIA. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NÍVEL DE 2 SUPORTE. MENOR. NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR ESPECIALIZADO. NEGATIVA DE COBERTURA PELA OPERADORA. INFANTE QUE FAZ JUS AOS TRATAMENTOS INDICADOS PELO MÉDICO ASSISTENTE, OBSERVADOS OS CRITÉRIOS DA ADI N. 7265. CLÍNICA PARA TRATAMENTO QUE DEVE SER SITUADA NO MUNICÍPIO DA CRIANÇA, PREFERENCIALMENTE DA REDE CREDENCIADA. DANO MORAL EVIDENCIADO.

CASO EM EXAME

SENTENÇA (INDEXADOR 238918056, PJE) QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTES OS PEDIDOS PARA CONFIRMAR A TUTELA PROVISÓRIA, APENAS QUANTO AOS TRATAMENTOS DE PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL E ANÁLISE COMPORTAMENTAL APLICADA (ABA), CONFORME LAUDO PERICIAL.
JULGOU, AINDA, IMPROCEDENTE O PLEITO COMPENSATÓRIO.

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

ARTHUR NARCISO DE OLIVEIRA NETO:15401 Assinado em 26/08/2026 16:53:05
Local: GAB. DES. ARTHUR NARCISO DE OLIVEIRA NETO

QUESTÃO EM DISCUSSÃO

RECURSO DO AUTOR PLEITEANDO TODOS OS TRATAMENTOS REQUERIDOS E INDENIZAÇÃO POR DANO EXTRAPATRIMONIAL.
APELO DA RÉ PLEITEANDO IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS E, SUBSIDIARIAMENTE, REEMBOLSO NO PRAZO DE 30 DIAS.

DISPOSITIVO

APELO DO AUTOR AO QUAL SE DÁ PROVIMENTO PARCIAL.
RECURSO DA RÉ AO QUAL SE NEGA PROVIMENTO

RAZÕES DE DECIDIR

Cuida-se, na origem, de demanda na qual menor, usuário de plano de saúde, diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA – CID CID-10: F84.0; CID-11:6A02.Z) nível 2 de suporte, solicitou tratamento com equipe multidisciplinar de acordo com laudo de seu médico assistente, e, diante da negativa de cobertura pela Operadora, pleiteou tutela de urgência. Após o deferimento da tutela antecipada, foi determinada a realização do atendimento em clínica próxima a residência do infante, preferencialmente da rede credenciada (*index* 84393342).
Por sua vez, a Reclamada alegou que somente poderia fornecer os tratamentos previstos pela ANS e os locais de atendimento deveriam se restringir àqueles previstos no contrato, além de inexistir prova da recusa da cobertura solicitada.
Laudo pericial (*index* 183707960) no qual o Perito concluiu que apenas alguns tratamentos requeridos na exordial (psicologia, fonoaudiologia, terapia

ocupacional e a análise comportamental aplicada [ABA]) teriam base científica.

Cinge-se a controvérsia acerca da possibilidade de condenar a Ré a fornecer terapias específicas ante a ausência de cobertura obrigatória, bem como o local do tratamento, além da possibilidade de o menor autista sofrer dano extrapatrimonial.

Vale destacar que o rol da ANS não é exaustivo, conforme as teses definidas pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, no julgamento dos EREsp. 1.886.929 e 1.889.704, e com a entrada em vigor da Lei n. 14.454, de 21 de setembro de 2022.

No caso em apreço, o laudo médico mais recente (*index* 162334275), demonstra que o Consumidor necessita do tratamento multidisciplinar requerido, contudo, tal indicação médica precisa estar em alinho com a decisão firmada na ADI n.7265, a qual o STF acolheu a inconstitucionalidade parcial da Lei n.14.454/2022, que promoveu alterações na Lei n.9.656/98, e fixou critérios cumulativos para cobertura, pelos planos e seguros de saúde, dos tratamentos fora do rol da ANS.

In casu, psicomotricidade e terapia ocupacional com integração sensorial, constam da tabela da agência reguladora. Ao passo que a musicoterapia é indicada pelo NatJus para os casos de tratamento do TEA, atendendo ao critério cumulativo previsto na ADI mencionada, além de contar com respaldo normativo e ter sido incorporado à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC).

Apenas a equoterapia e a hidroterapia não possuem cobertura obrigatória, pois, embora a hipoterapia seja regulamentada pela Lei n.13.830/2019, não dispõe demonstração de sua eficácia científica para o tratamento de pessoas com TEA.

No que atine à incidência de dano moral ao menor portador de TEA, a negativa de tratamento de saúde

violou seus direitos da personalidade e da dignidade da pessoa humana, haja vista que, a despeito de sua inimputabilidade, não há óbice para o reconhecimento do abalo psíquico provocado pela recusa de autorização para as terapias, tendo sido lesado em sua integridade emocional. Recusa de cobertura que vulnerou a boa-fé objetiva e mostrou-se abusiva, tendo sido necessária o pedido judicial para sua realização conforme laudo do médico assistente.

No caso, houve indeferimento administrativo da cobertura, conforme o *index* 39002522, constando diversos e-mails de solicitação do tratamento nos quais a Operadora informava que o pedido estaria em análise pelo setor responsável. Vale dizer que, na prática, a demora injustificada da resposta à solicitação equivale à negativa tácita de cobertura, evidenciando falha na prestação do serviço e afronta aos princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato.

Para o arbitramento da verba, deve-se atentar para a finalidade preventivo-pedagógica da indenização.

Levando-se em conta os parâmetros norteadores, e, ainda, a essencialidade do serviço, conclui-se que o valor para compensação por danos morais deve ser arbitrado para R$5.000,00 (cinco mil reais).

Por derradeiro, a criança é portadora de TEA nível de suporte 2 que, por suas peculiaridades, mostra-se deletério o atendimento em clínica distante de sua residência, dada a predisposição ao estresse e desregulação emocional, que, por vezes, compromete a eficácia das terapias.

O atendimento deverá se dar preferencialmente em sua rede credenciada, desde que ofereça os tratamentos indicados pelo médico assistente e aqui discriminados e no município de residência do menor, porquanto a Operadora, até o julgamento do agravo de instrumento n. 0031731-09.2023.8.19.0000, havia ofertado clínica a 28,50 quilômetros da residência da

criança, cujo deslocamento em transporte público durava quase 2h.
Cabe reiterar que, na hipótese de existência de rede credenciada, com a disponibilidade dos tratamentos e com a duração indicada pelo médico assistente, ressalvadas a equoterapia e a hidroterapia, não há que se falar em reembolso. Caso não haja disponibilidade, caberá o reembolso integral observado o prazo de trinta dias, conforme o § 1.º, do art. 10, da RN n. 566/2022 da ANS.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos da apelação cível entre as partes sobreditas, ACORDAM os Desembargadores da Décima Sétima Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no julgamento do presente recurso nos termos da certidão a ser lavrada pela Secretaria.

RELATÓRIO

Trata-se de ação de obrigação de fazer, cumulada com indenizatória, na qual afirmaram os Autores serem segurados adimplentes dos serviços prestados pela Demandada.

Aduziram que o primeiro Demandante seria portador de transtorno do espectro autista, o que demandaria diversas intervenções terapêuticas, visando seu desenvolvimento físico, intelectual e emocional, conforme prescrição médica.

Informaram que necessitaria de atendimento psicoterapêutico pelo método ABA, abrangendo fonoaudiologia, psicologia, equoterapia, terapia ocupacional, psicomotricidade, hidroterapia, musicoterapia, psicopedagogia e acompanhamento nutricional.

Alegaram que, apesar de adimplência com as mensalidades do plano de saúde, não obtiveram autorização para terapias essenciais ao desenvolvimento do menor, tendo reiterado pedidos administrativos e médicos, todos sem atendimento satisfatório.

Diante da negativa de atendimento e das limitações impostas, pleitearam a tutela de urgência com o objetivo de compelir a Reclamada a autorizar e custear o tratamento integral, preferencialmente em clínica próxima à sua residência, com sua confirmação em julgamento de mérito, assim como a condenação da Operadora ao pagamento de danos morais e materiais.

Despacho, no *index* 39294682, no qual foi determinado o esclarecimento sobre a legitimidade da segunda Autora para figurar no polo ativo, uma vez que a causa de pedir diria respeito apenas ao primeiro Autor.

Petição do *index* 45128410 apresentando emenda à inicial, para a exclusão da genitora do Autor do polo ativo da relação processual.

Decisão do *index* 45292878 que recebeu a emenda à exordial e concedeu a gratuidade de justiça, já a tutela de urgência foi deferida no indexador 48109600.

Juntada aos autos do acórdão em agravo de instrumento n. 0031731-09.2023.8.19.0000, que determinou o atendimento do infante

em clínica no município de Itaboraí, ressalvado o atendimento em clínica credenciada.

Laudo pericial adunado ao *index* 183707960.

A sentença (*index* 238918056), proferida pelo r. Juízo de Direito da 1.ª Vara Cível Comarca de Itaboraí, julgou parcialmente procedentes os pedidos, nos seguintes termos:

> "[...] ***EX-POSITIS***, por mais que dos autos consta e princípios de direito e justiça recomendam, **JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTES** os pedidos formulados na inicial para o fim de, CONFIRMAR a antecipação dos efeitos da tutela concedida TÃO SOMENTE QUANTO A Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia ocupacional e a Analise comportamental Aplicada (ABA), conforme o laudo pericial, em rede credenciada ou, na sua ausência, em outra localizada no Município onde reside o Autor.
>
> Condeno, com fundamento na legislação processual de regência, as Partes ao pagamento das custas e honorários advocatícios, fixando-os em 10% sobre o valor da condenação, na forma da legislação de regência, na proporção de 50% para cada parte, observada a gratuidade de justiça deferida ao autor. [...]"

Foram opostos embargos de declaração pela Requerida (*index* 245568985), rejeitados pela decisão do *index* 259388703.

Inconformado, o Autor interpôs o apelo do *index* 264475238, no qual requereu a procedência total do pedido inicial, para que fosse determinado à Demandada o fornecimento ou o custeio de todos os tratamentos descritos no laudo do médico assistente, bem como sua condenação em compensação moral.

A Operadora também interpôs recurso de apelação, *index* 264785414, buscando a improcedência dos pedidos ou,

subsidiariamente, a observância das orientações da ANS que determina regras mínimas e fixa o prazo de 30 dias para reembolso por atendimento foram da rede e que seus valores obedeçam à tabela praticada pelos credenciados da Requerida, nos termos pactuados e segundo as determinações da agência reguladora.

As partes ofereceram contrarrazões nos indexadores 273661938 (Ré) e 274489126 (Autor).

Manifestação da i. Procuradoria de Justiça em indexador 12, pelo provimento do recurso autoral.

É o relatório.

VOTO

Presentes os requisitos intrínsecos e extrínsecos de admissibilidade recursal.

Destaque-se que a relação entre as partes é de consumo, regida, portanto, pelo Código de Defesa do Consumidor, que contém normas de ordem pública e de interesse social, objetivando a proteção e defesa do consumidor, em razão de sua vulnerabilidade.

Neste sentido, a orientação da Súmula n. 608 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*".

Cuida-se, na origem, de demanda na qual menor, usuário de plano de saúde, diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA

– CID CID-10: F84.0; CID-11:6A02.Z) nível 2 de suporte, solicitou tratamento com equipe multidisciplinar de acordo com laudo de seu médico assistente, e, diante da negativa de cobertura pela Operadora, pleiteou tutela de urgência. Após o deferimento da tutela antecipada, foi determinada a realização do atendimento em clínica próxima a residência do infante, preferencialmente da rede credenciada (*index* 84393342).

Por sua vez, a Reclamada alegou que somente poderia fornecer os tratamentos previstos pela ANS e os locais de atendimento deveriam se restringir àqueles previstos no contrato, além de inexistir prova da recusa da cobertura solicitada.

Laudo pericial (*index* 183707960) no qual o Perito concluiu que apenas alguns tratamentos requeridos na exordial (psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e a análise comportamental aplicada [ABA]) teriam base científica.

Cinge-se a controvérsia acerca da possibilidade de condenar a Ré a fornecer terapias específicas ante a ausência de cobertura obrigatória, bem como o local do tratamento, além da possibilidade de o menor autista sofrer dano extrapatrimonial.

Vale destacar que o rol da ANS não é exaustivo, conforme as teses definidas pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, no julgamento dos EREsp. 1.886.929 e 1.889.704, e com a entrada em vigor da Lei n. 14.454, de 21 de setembro de 2022.

A saber:

> “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."
>
> (fonte:https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/08062022-Rol-da-ANS-e-taxativo--com-possibilidades-de-cobertura-de-procedimentos-nao-previstos-na-lista.aspx)

Ressalte-se, entretanto, que a Lei n. 14.454, de 21 de setembro de 2022, *a posteriori,* promoveu alteração da Lei n. 9.656/1998, *"para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar"*.

A saber:

> "Art. 2º A Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
>
> "Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica

> que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
>
> ....." (NR)
>
> "Art. 10.
>
> .....
>
> .....
>
> § 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.
>
> .....
>
> **§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde**.
>
> **§ 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." (NR)" (grifo nosso)

Assim, diante da nova legislação, constata-se que o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

caracteriza listagem de referência para os planos de saúde, não sendo taxativo.

No caso em apreço, o laudo médico mais recente (*index* 162334275), demonstra que o Consumidor necessita do tratamento multidisciplinar requerido, contudo, tal indicação médica precisa estar em alinho com a decisão firmada na ADI n.7265, a qual o STF acolheu a inconstitucionalidade parcial da Lei n.14.454/2022, que promoveu alterações na Lei n.9.656/98, e fixou critérios cumulativos para cobertura, pelos planos e seguros de saúde, dos tratamentos fora do rol da ANS.

In casu, psicomotricidade e terapia ocupacional[1] com integração sensorial, constam da tabela da agência reguladora. Ao passo que a musicoterapia[2] é indicada pelo NatJus para os casos de tratamento do TEA, atendendo ao critério cumulativo previsto na ADI mencionada, além de contar com respaldo normativo e ter sido incorporado à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC).

Apenas a equoterapia e a hidroterapia não possuem cobertura obrigatória, pois, embora a hipoterapia seja regulamentada pela Lei n.13.830/2019, não dispõe demonstração de sua eficácia científica para o tratamento de pessoas com TEA.

Ressalte-se que, na hipótese de conflito entre o contrato de plano de saúde e a prescrição médica que tem por escopo a otimização

[1] https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2024/parecer-tecnico-no-39_2024_terapias-e-metodos-transtorno-do-espectro-autista_rn-539-2022_rn-541-2022.pdf
[2] https://www.tjrj.jus.br/documents/d/guest/parecer-4136-2025 e https://www.tjrj.jus.br/documents/d/guest/parecer-2954-2025

do tratamento do Autor, cabe privilegiar a indicação do médico assistente, não apenas por ter melhores condições de avaliação e decisão a respeito da eficácia do exame, mas, também, em prestígio do *status* constitucional do direito à saúde, consoante o artigo 6.º da CRFB.

O artigo 47 do CODECON estatui que a interpretação das cláusulas contratuais deve ser efetuada da maneira mais favorável ao consumidor, de forma que, a despeito da previsão contratual limitativa de direitos do segurado, é abusiva a cláusula restritiva do custeio dos meios materiais e fundamentais para o melhor tratamento clínico da enfermidade coberta pelo plano.

Vale salientar, ainda, orientação constante da Súmula n. 340 desta Corte:

> "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."

No que atine à incidência de dano moral ao menor portador de TEA, a negativa de tratamento de saúde violou seus direitos da personalidade e da dignidade da pessoa humana, haja vista que, a despeito de sua inimputabilidade, não há óbice para o reconhecimento do abalo psíquico provocado pela recusa de autorização para as terapias, tendo sido lesado em sua integridade emocional. Recusa de cobertura que vulnerou a boa-fé objetiva e mostrou-se abusiva, tendo sido necessária o pedido judicial para sua realização conforme laudo do médico assistente.

No caso, houve indeferimento administrativo da cobertura, conforme o *index* 39002522, constando diversos e-mails de solicitação do tratamento nos quais a Operadora informava que o pedido estaria em análise pelo setor responsável. Vale dizer que, na prática, a demora injustificada da resposta à solicitação equivale à negativa tácita de cobertura, evidenciando falha na prestação do serviço e afronta aos princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato.

Para o arbitramento da verba, deve-se atentar para a finalidade preventivo-pedagógica da indenização.

Levando-se em conta os parâmetros norteadores, e, ainda, a essencialidade do serviço, conclui-se que o valor para compensação por danos morais deve ser arbitrado para R$5.000,00 (cinco mil reais).

O referido montante atende aos princípios da proporcionalidade e razoabilidade e é compatível com a reprovabilidade da conduta do agente sem que, no entanto, represente enriquecimento sem causa para a vítima, situação vedada pelo art. 884 do Código Civil.

Sobre os consectários legais, registre-se que os arts. 389 e 406, do Código Civil, foram alterados pela Lei n. 14.905, de 2024.

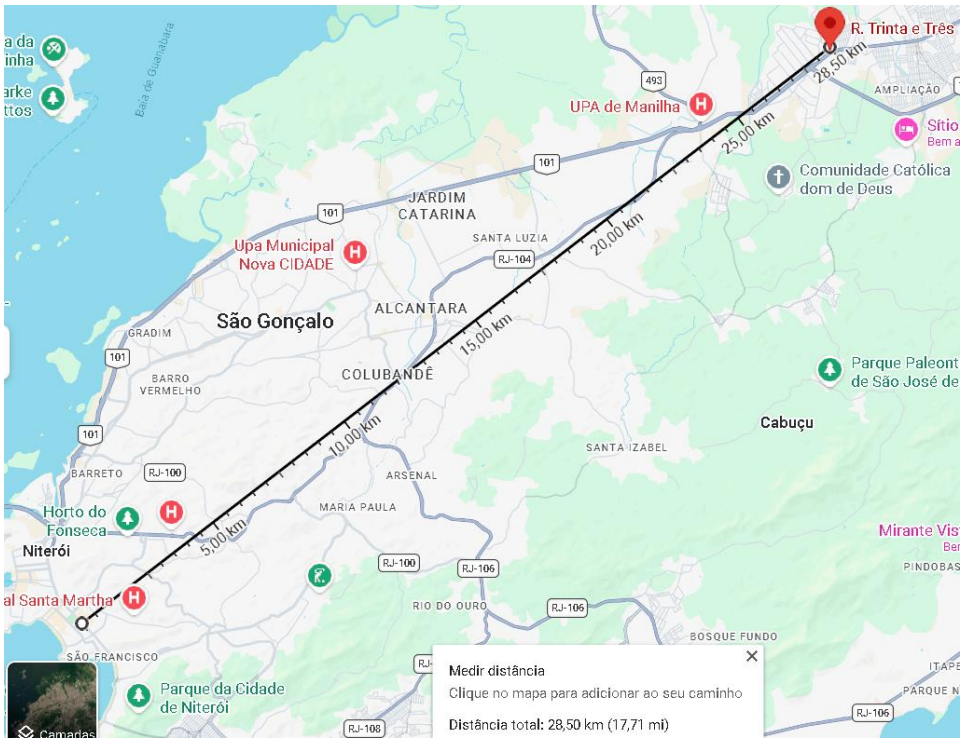
De acordo com a nova legislação, se o índice de atualização monetária não tiver sido convencionado ou não estiver previsto em lei específica, será aplicada a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Ademais, a taxa de juros, também quando não convencionada, será a 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 (IPCA).

Por derradeiro, a criança é portadora de TEA nível de suporte 2 que, por suas peculiaridades, mostra-se deletério o atendimento em clínica distante de sua residência, dada a predisposição ao estresse e desregulação emocional, que, por vezes, compromete a eficácia das terapias.

O atendimento deverá se dar preferencialmente em sua rede credenciada, desde que ofereça os tratamentos indicados pelo médico assistente e aqui discriminados e no município de residência do menor, porquanto a Operadora, até o julgamento do agravo de instrumento n. 0031731-09.2023.8.19.0000, havia ofertado clínica a 28,50 quilômetros da residência da criança, cujo deslocamento em transporte público durava quase 2h. Veja-se:



A respeito do atendimento fora da rede credenciada, o Superior Tribunal de Justiça já reconheceu o direito de o segurado ser atendido, em situações excepcionais, quando, por exemplo, não houver profissionais disponíveis ou quando se tratar de emergência.

Vejam-se alguns julgados do Superior Tribunal de Justiça:

> "CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL.
>
> OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO DO ART. 1.022 DO CPC. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. SEM LIMITAÇÃO DE SESSÕES. DECISÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE. COBERTURA OBRIGATÓRIA. SÚMULA 83/STJ. AUSÊNCIA DE INDICAÇÃO DE PRESTADORES. REEMBOLSO INTEGRAL. ANÁLISE DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS, FATOS E PROVAS. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA N. 7/STJ
>
> 1. Inexiste a alegada violação do art. 1.022 do CPC uma vez que o Tribunal de origem se manifestou, de forma clara e fundamentada, quanto ao ponto alegado como omisso.
>
> 2. É abusiva a negativa de cobertura de tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA) pelo método escolhido pela equipe de profissionais da saúde assistente com a família do paciente como mais adequado ao caso concreto.
>
> 3. A jurisprudência mais recente desta Corte é no sentido de reconhecer a obrigatoriedade de custeio de terapias envolvendo equipes multidisciplinares para o tratamento de TEA, inclusive no que diz respeito especificamente à prescrição de equoterapia, musicoterapia e hidroterapia - todos reconhecidos como métodos eficazes para tratamento de transtornos globais do desenvolvimento.
>
> 4. **De acordo com a jurisprudência do STJ, "Seja em razão da primazia do atendimento no município pertencente à área geográfica de abrangência, ainda que por prestador não**

integrante da rede credenciada, seja em virtude da não indicação pela operadora de prestador junto ao qual tenha firmado acordo, bem como diante da impossibilidade de a parte autora se locomover a município limítrofe, afigura-se devido o reembolso integral das despesas realizadas, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, conforme previsão expressa do artigo 9° da RN n° 259/11 da ANS" (REsp n. 1.842.475/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Relator para acórdão Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 27/9/2022, DJe de 16/2/2023).

5. Rever o entendimento do Tribunal de origem acerca das premissas firmadas com base na análise do instrumento contratual e do acervo fático-probatório dos autos atrai a incidência das Súmulas n. 5 e 7 do STJ.

Agravo interno improvido." (AgInt no REsp 2113334/SC, Rel. Ministro HUMBERTO MARTINS, TERCEIRA TURMA, DJe 12/12/2024)" (grifos nossos)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL? AÇÃO CONDENATÓRIA? DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DO REQUERENTE.

1. As questões postas à discussão foram dirimidas pelo órgão julgador de forma suficientemente ampla, fundamentada e sem omissões, portanto, deve ser afastada a alegada violação aos artigos 489 e 1.022 do CPC/15. Precedentes.

2. Segundo a jurisprudência desta Corte, o reembolso de despesas 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.

2.1. Derruir as conclusões assentadas pelo Tribunal local acerca da inexistência de tais situações excepcionais demandaria revolvimento de matéria probatória. Incidência das Súmulas 5 e 7 do STJ.

3. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1289621/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 24/05/2021, DJe 28/05/2021)" (grifos nossos)

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. OFENSA AO ART. 1.022 DO NCPC. NÃO CARACTERIZAÇÃO. OPÇÃO POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NÃO CREDENCIADA À OPERADORA DE SAÚDE. EXISTÊNCIA DE HIPÓTESES DE EXCEPCIONALIDADE. REEMBOLSO DAS DESPESAS. CABIMENTO.

REVOLVIMENTO DE ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULAS 5 E 7/STJ. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. Não se constata a alegada violação ao art. 1.022 do Novo Código de Processo Civil, na medida em que a eg. Corte de origem dirimiu, fundamentadamente, as questões que lhe foram submetidas. De fato, inexiste omissão no aresto recorrido, porquanto o Tribunal local, malgrado não ter acolhido os argumentos suscitados pela parte recorrente, manifestou-se expressamente acerca dos temas necessários à integral solução da lide.

2. A jurisprudência desta Corte entende que o reembolso das despesas efetuadas pelo tratamento médico realizado com profissional não credenciado é admitido apenas em casos especiais (inexistência de estabelecimento credenciado no local, recusa do hospital conveniado em receber o paciente, urgência da internação).

3. No caso, o Tribunal de origem, diante da situação em que a autora/paciente se encontrava, acometida de lesões metastáticas no fígado e necessitando de tratamento oncológico e cirúrgico urgentes, determinou o reembolso integral das despesas médico-hospitalares da ora agravada, porquanto a rede credenciada da agravante não possuía a estrutura e os equipamentos necessários para tratamento da doença da paciente.

4. Nessas circunstâncias, a reversão do julgado afigura-se inviável para esta eg. Corte de Justiça, tendo em vista a necessidade de interpretação de cláusulas contratuais e

> reexame do contexto fático-probatório dos autos, providência, todavia, incabível, a atrair a incidência das Súmulas 5 e 7/STJ.
>
> 5. Agravo interno a que se nega provimento.
>
> (AgInt no AREsp 881.469/SP, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 27/02/2018, DJe 02/03/2018)". (grifos nossos)

Consigne-se que, conforme previsto no artigo 4.º, § 1.º, da Resolução Normativa n. 566/2022 da ANS, é dever da operadora garantir o atendimento em prestador não integrante da rede, desde que comprovada a insuficiência da rede credenciada.

> Resolução Normativa n. 566/2022
>
> "Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:
>
> I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município;
>
> ou II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.
>
> § 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes."

Cabe reiterar que, na hipótese de existência de rede credenciada, com a disponibilidade dos tratamentos e com a duração indicada pelo médico assistente, ressalvadas a equoterapia e a hidroterapia, não há que se falar em reembolso.

Caso não haja disponibilidade, caberá o reembolso integral observado o prazo de trinta dias, conforme o § 1.º, do art. 10, da RN n. 566/2022 da ANS, acima transcrito.

No mesmo sentido, o seguinte julgado deste E. Tribunal:

> "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)).”

Em razão do exposto, voto no sentido de neg**ar provimento ao recurso da Operadora e dar provimento parcial ao recurso autoral** para condenar a Ré: (i) a realizar os tratamentos de psicomotricidade, terapia ocupacional com integração social e musicoterapia, conforme laudo médico do *index* 162334275; (ii) ao pagamento de compensação moral no importe de R$5.000,00 (cinco mil reais), acrescidos de juros de mora, a contar da citação, e de correção monetária, a partir da data desta decisão. Considerando-se a sucumbência da Suplicada, condena-se a Ré ao pagamento da verba dos honorários advocatícios em 10% sobre o valor da condenação, nos termos do §2.º, do art. 85, do Código de Processo Civil.

Rio de Janeiro, na data da assinatura digital.

Arthur Narciso de Oliveira Neto

Desembargador Relator

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
50
Carimbado Eletronicamente