



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.990.471 - DF (2022/0069115-7)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
LEONARDO MENDES MEMORIA - DF036838
RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - DF045892
RECORRIDO : ELTON GONCALVES DOS REIS
RECORRIDO : VIVIANE ROSINA DA SILVA DOS REIS
ADVOGADOS : MAGDA CRISTINA SILVA DE LEMOS - DF057399
ROSELIA FRANCO SOARES - DF053372

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. OMISSÃO. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR DA REDE CREDENCIADA. OBRIGAÇÃO DE REEMBOLSO DA OPERADORA.

1. Ação de indenização por danos materiais c/c compensação por dano moral ajuizada em 11/02/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 15/12/2021 e concluso ao gabinete em 19/04/2022.
2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional e o dever de a operadora de plano de saúde reembolsar, integralmente, as despesas assumidas pelo beneficiário com o tratamento de saúde realizado fora da rede credenciada.
3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022, II, do CPC/15.
4. No julgamento do EAREsp 1.459.849/ES (julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020), a Segunda Seção, ao interpretar o art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, concluiu que "a lei de regência impõe às operadoras de plano de saúde a responsabilidade pelos custos de despesas médicas realizadas em situação de emergência ou de urgência, sempre que inviabilizada pelas circunstâncias a utilização da rede própria ou contratada, limitada, no mínimo, aos preços praticados pelo respectivo produto à data do evento".
5. A Resolução Normativa 566/2022, que revogou a Resolução Normativa 259/2011, da ANS, impõe a garantia de atendimento na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, e estabelece, para a operadora, a obrigação de reembolso.
6. Hipótese em que, a partir da interpretação dada pela Segunda Seção ao art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 e das normas editadas pela ANS, bem como considerando o cenário dos autos em que se revela a omissão da operadora



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

na indicação de prestador, da rede credenciada, apto a realizar o atendimento do beneficiário, faz este jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, inclusive sob pena de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial.

7. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos, por unanimidade, negar provimento ao recurso especial, com majoração de honorários, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora. Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Dr. LEONARDO MENDES MEMÓRIA, pela parte RECORRENTE: AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

Brasília (DF), 11 de abril de 2023(Data do Julgamento)

MINISTRA NANCY ANDRIGHI
Relatora



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.990.471 - DF (2022/0069115-7)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A
ADVOGADO : RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - DF045892
RECORRIDO : ELTON GONCALVES DOS REIS
RECORRIDO : VIVIANE ROSINA DA SILVA DOS REIS
ADVOGADOS : MAGDA CRISTINA SILVA DE LEMOS - DF057399
ROSELIA FRANCO SOARES - DF053372

RELATÓRIO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (RELATORA):

Cuida-se de recurso especial interposto por AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A, fundado na alínea "a" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/DFT.

Ação: de indenização por danos materiais c/c compensação por dano moral, ajuizada por ELTON GONÇALVES DOS REIS e VIVIANE ROSINA DA SILVA DOS REIS em face de AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A, alegando a inexistência de prestadores credenciados aptos a realizar o tratamento de saúde do beneficiário, portador de malformação de Arnold Chiari tipo II (mielomeningocele nível lombar baixo e hidrocefalia).

Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou parcialmente procedentes os pedidos para condenar a AMIL ao pagamento de R\$ 8.230,00, a título de indenização por danos materiais.

Acórdão: o TJ/DFT conheceu e negou provimento às apelações interpostas por ambas as partes. Eis a ementa do acórdão:

APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. DOENÇA NEUROLÓGICA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. LISTA DA REDE CREDENCIADA. PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS. AUSÊNCIA. DESPESAS MÉDICAS COM PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADOS. REEMBOLSO INTEGRAL. DANO MORAL. NÃO OCORRÊNCIA.

1. Não é possível simetrizar o caso de escolha sabida por profissional de confiança



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

ou notória especialidade no ramo, a despeito da rede credenciada/referenciada, para tratamento eletivo, com a situação de indisponibilidade/inexistência de médico credenciado no local para doença de cobertura obrigatória pelo plano de saúde, máxime em relação à situação de imediatismo que os serviços devem e necessitam ser prestados, condições que juntas colocam o consumidor em extrema vulnerabilidade.

2. Na hipótese, a seguradora não se desincumbiu de provar que a beneficiária optou livremente por profissional não credenciado, pois a operadora ficou inerte ao argumento de que os autores-apelantes buscaram terapeutas listados na rede credenciada, mas, à míngua de especialistas voltados ao tratamento de paraparesia e bexiga neurogênica, advindos de quadro clínico de mielomeningocele nível lombar baixo e hidrocefalia (CID Q05), resolveram arcar com médicos afora da lista de credenciamento da seguradora.

3. Inviável o deferimento do pedido de compensação por dano moral quando a recusa da operadora do plano de saúde está vinculada ao cumprimento de norma legal ou resolução normativa da ANS e cláusula contratual de cobertura do plano, bem assim quando recusa de cobertura pelo plano de saúde decorrer de dúvida razoável na interpretação do contrato.

4. Apelação da ré conhecida e não provida. Apelação da autora conhecida e não provida.

Embargos de declaração: opostos por AMIL, foram rejeitados.

Recurso especial: aponta violação dos arts. 1.022, II, do CPC/2015 e do art. 12, VI, da Lei 9.656/1998.

Sustenta, a par da negativa de prestação jurisdicional, que "não é viável a ampliação da cobertura para abrigar o reembolso integral de despesas médicas pagas por atendimento em local não credenciado"; que "não há como impor cobertura que, a partir de cláusula contratual, foi expressamente excluída"; e que "a escolha pelo tratamento em hospital/médico não credenciado foi opção pessoal da parte ora recorrida, o qual estava ciente de que não haveria o reembolso integral das despesas relativas àquele atendimento" (fls. 317-318, e-STJ).

Juízo prévio de admissibilidade: o TJ/DFT admitiu o recurso especial.

É o relatório.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.990.471 - DF (2022/0069115-7)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A
ADVOGADO : RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - DF045892
RECORRIDO : ELTON GONCALVES DOS REIS
RECORRIDO : VIVIANE ROSINA DA SILVA DOS REIS
ADVOGADOS : MAGDA CRISTINA SILVA DE LEMOS - DF057399
ROSELIA FRANCO SOARES - DF053372

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. OMISSÃO. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR DA REDE CREDENCIADA. OBRIGAÇÃO DE REEMBOLSO DA OPERADORA.

1. Ação de indenização por danos materiais c/c compensação por dano moral ajuizada em 11/02/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 15/12/2021 e concluso ao gabinete em 19/04/2022.

2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional e o dever de a operadora de plano de saúde reembolsar, integralmente, as despesas assumidas pelo beneficiário com o tratamento de saúde realizado fora da rede credenciada.

3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022, II, do CPC/15.

4. No julgamento do EAREsp 1.459.849/ES (julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020), a Segunda Seção, ao interpretar o art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, concluiu que "a lei de regência impõe às operadoras de plano de saúde a responsabilidade pelos custos de despesas médicas realizadas em situação de emergência ou de urgência, sempre que inviabilizada pelas circunstâncias a utilização da rede própria ou contratada, limitada, no mínimo, aos preços praticados pelo respectivo produto à data do evento".

5. A Resolução Normativa 566/2022, que revogou a Resolução Normativa 259/2011, da ANS, impõe a garantia de atendimento na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, e estabelece, para a operadora, a obrigação de reembolso.

6. Hipótese em que, a partir da interpretação dada pela Segunda Seção ao art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 e das normas editadas pela ANS, bem como considerando o cenário dos autos em que se revela a omissão da operadora na indicação de prestador, da rede credenciada, apto a realizar o



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

atendimento do beneficiário, faz este jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, inclusive sob pena de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial.

7. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.990.471 - DF (2022/0069115-7)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A
ADVOGADO : RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - DF045892
RECORRIDO : ELTON GONCALVES DOS REIS
RECORRIDO : VIVIANE ROSINA DA SILVA DOS REIS
ADVOGADOS : MAGDA CRISTINA SILVA DE LEMOS - DF057399
ROSELIA FRANCO SOARES - DF053372

VOTO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (RELATORA):

O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional e o dever de a operadora de plano de saúde reembolsar, integralmente, as despesas assumidas pelo beneficiário com o tratamento de saúde realizado fora da rede credenciada.

1. DA NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL

1. É firme a jurisprudência do STJ no sentido de que não há ofensa ao art. 1.022 do CPC/15 quando o Tribunal de origem, aplicando o direito que entende cabível à hipótese soluciona integralmente a controvérsia submetida à sua apreciação, ainda que de forma diversa daquela pretendida pela parte. A propósito, confira-se: AgInt nos EDcl no AREsp 1.094.857/SC, 3ª Turma, DJe de 02/02/2018 e AgInt no AREsp 1.089.677/AM, 4ª Turma, DJe de 16/02/2018.

2. No tocante ao reembolso, decidiu o TJ/DFT:

Logo, não é possível simetrizar o caso de escolha sabida por profissional de confiança ou notória especialidade no ramo, a despeito da rede credenciada/referenciada, para tratamento eletivo, com a situação de indisponibilidade/ inexistência de médico credenciado no local para doença de cobertura obrigatória pelo plano de saúde, máxime em relação à situação de imediatismo que os serviços devem e necessitam ser prestados, condições que juntas colocam o consumidor em extrema vulnerabilidade. Para a primeira circunstância, as cláusulas contratuais que excluem o reembolso ou o preveem



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

de forma parcial parecem apropriadas e justas, porém, para a segunda hipótese, cuja violação ao princípio da continuidade da assistência à saúde (art. 1º, I, e 17 da Lei nº 9.656/98) é evidente, sobreleva a obrigação da operadora ao ressarcimento integral dos honorários médicos, descabendo impor os limites.

É dizer, mesmo admissíveis as cláusulas contratuais restritivas no bojo do seguro assistencial, não se pode perder de vista que a liberdade do conteúdo contratual deve estar ajustada à sua função social, devendo interpretar as cláusulas limitativas de modo a atingir o objeto contratual, cujo mote é exatamente o fornecimento de atendimento quando necessário. Assim, para uma compreensão justa e racional, o deslinde da lide atrai os corolários previstos no art. 421, caput e art. 422 do Código Civil.

(...)

Ao que consta, ainda que a modalidade do plano contratado entre as partes limite o reembolso de tratamento médico e o acesso à livre escolha de prestadores (cláusula 17 e 18 – id. 19461354 - p. 26 a 36), sem razão à operadora do plano assistencial.

Isso porque, a apelada não se desincumbiu do ônus processual de provar fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito dos autores (art. 373, II, do CPC), subsistindo a obrigação nos exatos termos da sentença.

Conforme se depreende dos autos, não é possível inferir que a beneficiária optou livremente por profissional não credenciado, pois a operadora ficou inerte ao argumento de que os autores-apelantes buscaram terapeutas listados na rede credenciada, mas, à míngua de especialistas voltados ao tratamento de paraparesia e bexiga neurogênica, advindos de quadro clínico de mielomeningocele nível lombar baixo e hidrocefalia (CID Q05), resolveram arcar com médicos afora da lista de credenciamento da seguradora, cujos honorários ora se debate.

Outrossim, a seguradora sequer demonstrou em juízo que havia, em seu quadro profissional de credenciados, contratados ou referenciados, médicos habilitados à realização da terapêutica multidisciplinar especializada à enfermidade acometida pela menor, conforme as prescrições e diagnóstico apresentados na exordial. Inclusive, expressamente manifestou o não interesse em produzir novas provas (id. 19461864).

Cumprе ressaltar que as seguradoras não são obrigadas a possuírem profissionais e estabelecimentos credenciados em todas as subespecialidades, mas o caso em questão não trata de intervenção atípica ou rara. Lado outro, não é exigível do beneficiário do plano que sofre com sequelas debilitantes, veja a progressão positiva do quadro clínico ser obstada pela possibilidade remota de o serviço especializado não ser conveniado.

Nesse cenário, não há qualquer prova de que a parte autora-apelante se negou a receber assistência de profissional credenciado para, alternativamente, escolher médico não referendado pelo plano de saúde, por simples conveniência pessoal.

Desse modo, primando pela proteção da confiança dos consumidores e legítima expectativa gerada ao beneficiário quando adere ao plano de saúde, consagra o art. 17 da Lei nº 9.656/98, atualizado pela Lei 13.003/2014, a necessidade de conservação do nível inicial de qualidade dos serviços médico-hospitalares pelo plano de saúde, além da manutenção da rede



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

referenciada ou credenciada, cujas indicações de profissionais e estabelecimentos médicos devem ser "listadas pelas operadoras e informadas aos usuários no momento da contratação e ao longo de sua execução, preservando, assim, a boa-fé objetiva havida entre os contratantes " [4], sob pena, inclusive, de violação ao disposto no art. 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor.

Dito isso, também ilegítima a aplicação da cláusula de reembolso parcial de honorários profissionais ou equiparação aos números das sessões em casos de internação psiquiátrica, limitando o valor dos preços, cálculos e tabela à hipótese em voga, visto que o ressarcimento parcial in casu configura exercício irregular de direito, caracterizando conduta ilícita por parte da seguradora.

Afinal, a indicação de tratamento especializados multidisciplinar em tenra idade e com claro condão de otimizar os ganhos clínicos de paciente com doença neurológica, é bastante para emergir a obrigação da operadora em custear as despesas com o procedimento, englobando os honorários médicos de equipe especializada e exames requeridos pelo médico assistente. (fls. 247-250, e-STJ)

3. Logo, sem adentrar no acerto ou desacerto do julgamento, verifica-se que foi devidamente analisada e discutida a questão de mérito, pelo TJ/DFT, estando suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional.

4. À vista disso, não há omissão a ser suprida, de modo que não se vislumbra a alegada violação do art. 1.022, II, do CPC/2015.

2. DO DEVER DE A OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE REEMBOLSAR, INTEGRALMENTE, AS DESPESAS ASSUMIDAS PELO BENEFICIÁRIO COM O TRATAMENTO DE SAÚDE REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA

5. Sustenta a AMIL que, na hipótese, o reembolso deve ser limitado "aos preços e tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde" (fl. 318, e-STJ).

6. Com efeito, no julgamento do EAREsp 1.459.849/ES (julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020), a Segunda Seção, ao interpretar o art. 12, VI, da



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Lei 9.656/1998, concluiu que "a lei de regência impõe às operadoras de plano de saúde a responsabilidade pelos custos de despesas médicas realizadas em situação de emergência ou de urgência, sempre que inviabilizada pelas circunstâncias a utilização da rede própria ou contratada, limitada, no mínimo, aos preços praticados pelo respectivo produto à data do evento".

7. Na ocasião, o voto condutor do acórdão descreveu que "o autor teria realizado o tratamento com médico e hospital não credenciados pela operadora do plano de saúde, não tendo sido comprovada nenhuma situação de urgência ou emergência, assim como não foi demonstrada a indisponibilidade do tratamento ou falta de capacitação do corpo médico credenciado".

8. Constata-se, pois, que a hipótese dos autos não se amolda àquela julgada pela Segunda Seção; aqui, o TJ/DFT registrou que "não é possível inferir que a beneficiária optou livremente por profissional não credenciado, pois a operadora ficou inerte ao argumento de que os autores-apelantes buscaram terapeutas listados na rede credenciada, mas, à míngua de especialistas voltados ao tratamento de paraparesia e bexiga neurogênica, advindos de quadro clínico de mielomeningocele nível lombar baixo e hidrocefalia (CID Q05), resolveram arcar com médicos afora da lista de credenciamento da seguradora" (fls. 249-250, e-STJ – grifou-se).

9. Diante desse contexto, é importante ressaltar que a Resolução Normativa 566/2022, que revogou a Resolução Normativa 259/2011, da ANS, impõe a garantia de atendimento na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, e estabelece, para a operadora, a obrigação de reembolso, nestes termos:

Seção II Da Garantia de Atendimento na Hipótese de



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Indisponibilidade ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto

Subseção I

Da Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede Assistencial no Município

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.

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

Subseção II

Da Inexistência de Prestador no Município

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não 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 atendimento em:

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.

§ 1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte.

Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XVII do art. 3º.

Parágrafo único. O disposto no caput dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

Art. 10. Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até trinta dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

§ 1º Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente.

§ 2º Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no caput deste artigo.

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de coparticipação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

§ 4º Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente. (grifou-se)

10. Ademais, no entendimento DIFIS nº 08/2017, mencionado pelo TJ/DFT, a ANS prestou o seguinte esclarecimento:

III.2. Do reembolso pelo descumprimento dos prazos máximos da garantia de atendimento:

26. A partir da vigência da RN nº 259/2011, as operadoras de planos de saúde passaram a ter a obrigação de oferecer cobertura assistencial a todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto, dentro dos prazos definidos pela ANS.

27. Para garantir a assistência oferecida nos produtos, as operadoras devem formar uma rede de prestadores, seja própria



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

ou contratada, compatível com a demanda e com a área de abrangência do plano, capaz de atender às solicitações dos beneficiários nos prazos regulamentares, respeitando o que foi contratado.

28. Contudo, há casos em que a rede prestadora da operadora não consegue realizar os atendimentos aos beneficiários nos prazos definidos no citado normativo, quando os beneficiários acabam tendo que pagar os custos do atendimento para acessá-lo.

29. Nestas hipóteses, o reembolso se dará na forma prevista na seção II.2, ou seja, a operadora deverá reembolsar o beneficiário integralmente, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, os custos do atendimento, inclusive as despesas com transporte.

30. Ressalta-se que, nos casos em que o produto, o qual o beneficiário estiver vinculado, preveja a opção de acesso a livre escolha de prestadores, observar-se-á, conforme o caso, o disposto na seção III.1 deste entendimento: a. Se o contrato contiver os requisitos elencados no item 22 da seção III.1, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente, conforme §1º, do art. 9º da RN nº 259/2011; b. Se o contrato não contiver os requisitos elencados no item 22 da seção III.1, o reembolso será integral e realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação, inclusive as despesas de transporte, conforme §2º, do art. 9º da RN nº 259/2011.

IV.3. Reembolso de procedimento, de cobertura obrigatória, em contratos que não preveem livre escolha

"Exemplo: Beneficiário entra em contato com a agência reclamando falta de atendimento/prestadores. Relata que teve que fazer cirurgia urgente de apendicite em clínica particular. Diz que entrou, previamente, em contato com a operadora e esta não disponibilizou um prestador para realizar o atendimento no prazo da RN 259. Agora a operadora está negando o reembolso. Verifica-se que se trata de plano que não prevê livre escolha.

Configura-se infração ao art. 77, RN nº 124/06 – demanda de natureza assistencial"

37. Caso a operadora não disponibilize o prestador para realização do procedimento, bem como não realize o reembolso na forma prevista no artigo 9º da RN nº 259/2011 [atual art. 10 da Resolução normativa 566/2022], a infração caracterizada será a prevista no artigo. 77 da RN nº 124/06 [atual art. 101 da Resolução Normativa 489/2022], por se tratar de negativa de cobertura, e a demanda deverá ser classificada como demanda assistencial.

38. Ressalte-se que neste tipo de contrato, caso o beneficiário opte por livre escolha de uma equipe médica, não haverá obrigação de reembolso por parte da operadora, inclusive em relação aos honorários do médico anestesista ou instrumentador, exceto nos casos em que ficar



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

comprovada a solicitação destes profissionais pelo beneficiário à operadora e esta não os tenha disponibilizado.

11. Conclui-se, a partir da interpretação dada pela Segunda Seção ao art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 e das normas editadas pela ANS, bem como considerando o cenário dos autos em que se revela a omissão da operadora na indicação de prestador, da rede credenciada, apto a realizar o atendimento do beneficiário, que faz este jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, inclusive sob pena de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial.

12. Nessa linha, aliás, decidiu, recentemente, a Terceira Turma:

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

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

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

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

4. A Segunda Seção decidiu que o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento (EAREsp 1.459.849/PR, julgado em 14/10/2020).

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



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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

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

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

9. Recurso especial conhecido e desprovido.

(REsp n. 1.840.515/CE, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 24/11/2020, DJe de 1/12/2020 – grifou-se)

13. Logo, não merece reforma o acórdão recorrido.

3. DISPOSITIVO

Forte nessas razões, CONHEÇO e NEGO PROVIMENTO ao recurso especial.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/15, considerando o trabalho adicional imposto ao advogado dos recorridos em virtude da interposição deste recurso, majoro os honorários fixados anteriormente em seu favor de 11% (onze por cento – fls. 155 e 264, e-STJ) para 12,5% (doze e meio por cento) do valor da condenação.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2022/0069115-7 **PROCESSO ELETRÔNICO Resp 1.990.471 / DF**

Números Origem: 0000394462017826054 07032554620208070003 7032554620208070003

PAUTA: 11/04/2023

JULGADO: 11/04/2023

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. DURVAL TADEU GUIMARÃES

Secretária

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE	: AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS	: ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075 LEONARDO MENDES MEMORIA - DF036838 RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - DF045892
RECORRIDO	: ELTON GONCALVES DOS REIS
RECORRIDO	: VIVIANE ROSINA DA SILVA DOS REIS
ADVOGADOS	: MAGDA CRISTINA SILVA DE LEMOS - DF057399 ROSELIA FRANCO SOARES - DF053372

ASSUNTO: DIREITO DA SAÚDE - Suplementar - Planos de saúde - Tratamento médico-hospitalar

SUSTENTAÇÃO ORAL

Dr. LEONARDO MENDES MEMÓRIA, pela parte RECORRENTE: AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Terceira Turma, por unanimidade, negou provimento ao recurso especial, com majoração de honorários, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva (Presidente), Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.