



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2329786 - BA
(2023/0108358-6)**

RELATOR : MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA
AGRAVANTE : D V S G (MENOR)
REPR. POR : C V T DA S G
ADVOGADOS : MARIO MIGUEL NETTO - BA012922
LEONARDO CARVALHO MARTINEZ - BA069054
AGRAVADO : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA -
DF017075
ANTONIO DE MORAES DOURADO NETO - PE023255

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. PLANOS DE SAÚDE. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022, II, DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. REEMBOLSO DE DESPESAS FORA DA REDE CREDENCIADA. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. PREVISÃO CONTRATUAL. REEMBOLSO INTEGRAL. EXCEPCIONALIDADE. AGRADO INTERNO DESPROVIDO.

1. O reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde é admitido nos limites das obrigações contratuais e nos casos de urgência ou emergência em que não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras (art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998).

2. O reembolso integral de despesas realizadas fora da rede credenciada é situação excepcional que não se verifica na hipótese em que há dúvida razoável quanto à cobertura do tratamento.

3. Agravo interno desprovido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 05/11/2024 a 11/11/2024, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.
Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 12 de novembro de 2024.

Ministro João Otávio de Noronha
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2329786 - BA
(2023/0108358-6)**

RELATOR : MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA
AGRAVANTE : D V S G (MENOR)
REPR. POR : C V T DA S G
ADVOGADOS : MARIO MIGUEL NETTO - BA012922
LEONARDO CARVALHO MARTINEZ - BA069054
AGRAVADO : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA -
DF017075
ANTONIO DE MORAES DOURADO NETO - PE023255

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. PLANOS DE SAÚDE. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022, II, DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. REEMBOLSO DE DESPESAS FORA DA REDE CREDENCIADA. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. PREVISÃO CONTRATUAL. REEMBOLSO INTEGRAL. EXCEPCIONALIDADE. AGRADO INTERNO DESPROVIDO.

1. O reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde é admitido nos limites das obrigações contratuais e nos casos de urgência ou emergência em que não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras (art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998).

2. O reembolso integral de despesas realizadas fora da rede credenciada é situação excepcional que não se verifica na hipótese em que há dúvida razoável quanto à cobertura do tratamento.

3. Agravo interno desprovido.

RELATÓRIO

D. V. S. G., representado por C. V. T. DA S. G., interpõe agravo interno contra decisão de fls. 1.689-1.695, que conheceu do agravo em recurso especial

para dar parcial provimento ao recurso especial a fim de determinar que o reembolso dos honorários pagos a médico e clínica não credenciados seja limitado ao preço da tabela praticada no mercado.

Alega que a decisão agravada entendeu que a recusa de custeio de tratamento de criança autista não configurou hipótese de inexecução contratual, razão pela qual incabível o reembolso integral dos custos do tratamento realizado fora da rede credenciada.

Aduz que o acórdão paradigma citado na decisão encerra caso diverso.

Afirma que o entendimento da Terceira Turma do STJ é no sentido de qualificar a recusa de Tratamento Espectro Autista como inexecução contratual passível de cobertura mediante reembolso integral, quando "caracterizada a inobservância de prestação assumida no contrato, descumprimento de ordem judicial que determina a cobertura do tratamento ou violação de atos normativos da ANS" (fl. 1.705), o que ficou demonstrado no caso.

Argumenta que o dano material reconhecido emerge do prejuízo sofrido, pois a operadora do plano de saúde deixou de custear o tratamento de cobertura obrigatória contratual.

Requer seja reconsiderada a decisão agravada e seja o agravo interno julgado pelo Colegiado.

É o relatório.

VOTO

A controvérsia diz respeito ao cabimento de reembolso de despesas decorrentes de tratamento de Transtorno do Espectro Autista fora de rede credenciada.

Na decisão de fls. 1.689-1.695, conheceu-se do agravo em recurso especial para dar parcial provimento ao recurso especial a fim de determinar que o reembolso dos honorários pagos a médico e clínica não credenciados seja limitado ao preço da tabela praticada no mercado.

Na sentença, o Juízo de primeiro grau julgou procedente o pleito da parte autora determinando o reembolso dos valores gastos e promoção do tratamento na forma indicada no relatório médico entendendo ser exemplificativo o rol da ANS.

Considerando a fundamentação do plano de saúde de que a negativa do tratamento pleiteado pela parte autora é de que o procedimento não tem cobertura contratual e não está previsto no rol da ANS, decidiu-se que a operadora não fez prova de que haveria na rede credenciada profissional na especialidade necessária para o tratamento indicado pelo médico assistente e que a clínica indicada era situada fora do domicílio do autor, razão pela qual a operadora do plano de saúde deveria arcar com o pagamento integral dos custos e honorários médicos.

Ressaltou-se que, de acordo com o art. 9º da Resolução Normativa da ANS n. 259/2011, a indisponibilidade do profissional especializado na rede credenciada, a operadora do plano de saúde deve reembolsar integralmente os valores despendidos com o tratamento em clínica não conveniada.

Vejam-se excertos da sentença (fls. 628- 632):

A fundamentação da acionada na sua defesa para a negativa do tratamento pleiteado pela parte autora é de que o procedimento não tem cobertura contratual e não está previsto no rol da ANS.

Nesse particular, há de se considerar que o referido rol é exemplificativo e não taxativo, podendo as operadoras limitar o tipo de doença a ser coberta, mas não o tratamento a ser dispensado ao paciente, atribuição exclusiva daquele profissional que o assiste.

[...]

A ré, muito embora tenha afirmado que dispõe de profissionais aptos a promover o tratamento da parte autora e de Clínica especializada para tanto, não logrou êxito em comprovar que tal tratamento se dê na forma indicada no

Relatório Médico que instruiu o pedido, apenas indicando de modo aleatório profissionais, sem comprovação de terapia multidisciplinar por eles desenvolvida. E mais, com relação à xxx indicada como credenciada, esta além da ressalva acima destacada, situa-se fora do domicílio do autor, o que dificultaria sobremaneira o seu tratamento.

[...]

Inexistindo profissionais médicos credenciados à operadora de saúde para a realização do tratamento prescrito à parte autora, a ré deve arcar com o pagamento integral dos custos, inclusive honorários médicos, não havendo que se falar em reembolso adstrito aos limites contratuais.

De acordo com o artigo 9º da Resolução Normativa da ANS nº 259, se a operadora do plano de saúde não dispõe de profissional especializado para prestar o serviço demandado, deve reembolsar integralmente os valores despendidos com o tratamento em clínica não conveniada.

Desta maneira, em não havendo comprovação de profissionais especializados para realizar o tratamento das autoras, cabe à ré realizar o reembolso integral das despesas devidamente comprovadas mediante notas fiscais.

A Corte estadual manteve a sentença integralmente por seus próprios fundamentos, ratificando a conclusão adotada pelo magistrado acerca da impossibilidade da negativa da operadora fornecer ao paciente a terapia necessária e que seria devido o pagamento integral dos custos destinados a tanto. No caso, as instâncias de origem concluíram a abusividade da cláusula que prevê a negativa de cobertura, por ser exemplificativo o rol da ANS, e que o tratamento deveria ocorrer na clínica onde já estava sendo realizado.

Não se discute o cabimento do tratamento vindicado, que é devido, mas sim apenas a possibilidade do reembolso realizado fora da rede credenciada.

Conforme destacado na decisão agravada, a Segunda Seção do STJ firmou entendimento no sentido de 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 n. 1.459.849/ES, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020).

Desse modo, a orientação do Superior Tribunal de Justiça firmou-se no sentido de que, nos casos em que não seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, o reembolso pela operadora de assistência à saúde das despesas médicas realizadas pelo segurado deve ficar limitado aos valores indicados na tabela do plano de saúde, mormente nas hipóteses em que não haja profissional/estabelecimento credenciado, como no caso sob análise. Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. DESPESAS EFETUADAS PELO BENEFICIÁRIO. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. ATENDIMENTO EM REDE NÃO CREDENCIADA. REEMBOLSO DE VALORES. OBSERVÂNCIA DOS LIMITES PREVISTOS NO CONTRATO. PRECEDENTES. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A jurisprudência desta Corte, à luz do disposto no art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998 , assevera que o reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas pelo beneficiário do plano de saúde, com internação em estabelecimento não conveniado, em casos excepcionais (situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada), deve ser limitado aos preços e tabelas efetivamente contratados com a operadora de saúde.

2. No caso, o entendimento adotado pelo acórdão recorrido não está ajustado às orientações estabelecidas pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, sendo de rigor a sua reforma, a fim de limitar o valor do reembolso aos preços e tabelas efetivamente contratados com a operadora do plano de saúde.

3. Agravo interno desprovido. (AgInt nos EDcl no REsp n. 2.086.899/MA, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 16/9/2024, DJe de 18/9/2024.)

CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DECISÃO DA PRESIDÊNCIA. RECONSIDERAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. HONORÁRIOS DE MÉDICO NÃO CREDENCIADO. URGÊNCIA CONFIGURADA. REEMBOLSO INTEGRAL. INVIABILIDADE. LIMITAÇÃO À TABELA CONTRATADA. AGRAVO INTERNO PROVIDO PARA CONHECER DO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

1. A colenda Segunda Seção firmou o entendimento de 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/ES, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, j. em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020).

2. Nos casos em que não seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, a operadora de assistência à saúde deve

responsabilizar-se pelo custeio das despesas médicas realizadas pelo segurado, mediante reembolso. O reembolso, porém, é limitado aos preços da tabela efetivamente contratada com a operadora de saúde, à luz do art. 12, VI, da Lei 9.656/98, sendo, portanto, lícita a cláusula contratual que prevê tal restrição, que conta com expressa previsão legal. Precedentes.

3. Agravo interno provido para conhecer do agravo e dar provimento ao recurso especial. (AgInt no AREsp n. 2.559.193/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 1/7/2024, DJe de 2/8/2024.)

Além disso, como bem pontuado no *decisum*, nos casos em que a situação caracteriza inexecução do contrato pela operadora de plano de saúde, seja pela inobservância de prestação assumida no contrato, seja pelo descumprimento de ordem judicial que determina a cobertura, seja por violação de atos normativos da ANS, evidencia-se a existência de danos materiais, sendo cabível o reembolso integral das despesas efetuadas pelo paciente. Nesse sentido:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. NATUREZA TAXATIVA, EM REGRA, DO ROL DA ANS. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PRESCRITO PARA BENEFICIÁRIO PORTADOR DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. MUSICOTERAPIA. COBERTURA OBRIGATÓRIA. REEMBOLSO INTEGRAL. EXCEPCIONALIDADE.

1. Ação de obrigação de fazer, ajuizada em 23/10/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 06/04/2022 e concluso ao gabinete em 15/12/2022.

2. O propósito recursal é decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a obrigação de a operadora do plano de saúde cobrir as terapias multidisciplinares prescritas para usuário com transtorno do espectro autista, incluindo a musicoterapia; e (iii) a obrigação de reembolso integral das despesas assumidas pelo beneficiário com o custeio do tratamento 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. Embora fixando a tese quanto à taxatividade, em regra, do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, a Segunda Seção negou provimento ao EREsp 1.889.704/SP da operadora do plano de saúde, para manter acórdão da Terceira Turma que concluiu ser abusiva a recusa de cobertura de sessões de terapias especializadas prescritas para o tratamento de transtorno do espectro autista (TEA).

5. Ao julgamento realizado pela Segunda Seção, sobrevieram diversas manifestações da ANS, no sentido de reafirmar a importância das terapias multidisciplinares para os portadores de transtornos globais do desenvolvimento, dentre os quais se inclui o transtorno do espectro autista, e de favorecer, por conseguinte, o seu tratamento integral e ilimitado.

6. A musicoterapia foi incluída à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, que visa à prevenção de agravos e à promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, do Ministério da Saúde), sendo de cobertura obrigatória no tratamento multidisciplinar, prescrito pelo médico assistente e realizado por

profissional de saúde especializado para tanto, do beneficiário portador de transtorno do espectro autista.

7. Segundo a jurisprudência, 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, e, nessas circunstâncias, poderá ser limitado aos preços e às tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde.

8. Distinguem-se, da hipótese tratada na orientação jurisprudencial sobre o reembolso nos limites do contrato, as situações em que se caracteriza a inexecução do contrato pela operadora, causadora de danos materiais ao beneficiário, a ensejar o direito ao reembolso integral das despesas realizadas por este, a saber: inobservância de prestação assumida no contrato, descumprimento de ordem judicial que determina a cobertura do tratamento ou violação de atos normativos da ANS.

9. Hipótese em que deve ser mantido o tratamento multidisciplinar prescrito pelo médico assistente para o tratamento de beneficiário portador de transtorno do espectro autista, inclusive as sessões de musicoterapia, sendo devido o reembolso integral apenas se demonstrado o descumprimento da ordem judicial que deferiu a antecipação dos efeitos da tutela, observados os limites estabelecidos na sentença e no acórdão recorrido com relação à cobertura da musicoterapia e da psicopedagogia.

10. Recurso especial conhecido e desprovido. (REsp n. 2.043.003/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 21/3/2023, DJe de 23/3/2023.)

Contudo, difere das situações caracterizadoras dos danos materiais aquelas em que a operadora do plano de saúde, amparada em cláusula contratual redigida com base nas normas editadas pela agência reguladora à época, como o que ocorreu na espécie.

No caso, na sentença mantida integralmente pelo acórdão recorrido, registrou que a negativa da operadora do plano de saúde decorreu do fato do procedimento não ter cobertura contratual e não estar previsto no rol da ANS.

Para condenar o plano de saúde ao reembolso integral, considerou-se que os profissionais indicados pelo plano de saúde não detinham especialização técnica e que a clínica referenciada não estava localizada no domicílio do autor. Assim, determinou-se que fosse oferecido o tratamento em clínica fora da rede credenciada, até que houvesse credenciado disponível ou que fosse feito o credenciamento da clínica onde já vinha sendo realizado o tratamento.

Muito embora a agravante alegue que houve a inexecução do contrato, a

ensejar danos materiais, não é possível verificar no caso concreto tal circunstância de modo que, devido à dúvida razoável que existia à época em que houve a recusa, é cabível o reembolso conforme previsto no art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998.

Assim, deve ser mantida a decisão nesse ponto por estar o acórdão recorrido em dissonância com o entendimento do STJ.

Ante o exposto, **nego provimento ao agravo interno.**

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**Aglnt no AREsp 2.329.786 / BA
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2023/0108358-6

Número de Origem:
81320936920208050001

Sessão Virtual de 05/11/2024 a 11/11/2024

Relator do Aglnt

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
ANTONIO DE MORAES DOURADO NETO - PE023255
AGRAVADO : D V S G (MENOR)
REPR. POR : C V T DA S G
ADVOGADOS : MARIO MIGUEL NETTO - BA012922
LEONARDO CARVALHO MARTINEZ - BA069054
ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE -
TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : D V S G (MENOR)
REPR. POR : C V T DA S G
ADVOGADOS : MARIO MIGUEL NETTO - BA012922
LEONARDO CARVALHO MARTINEZ - BA069054
AGRAVADO : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
ANTONIO DE MORAES DOURADO NETO - PE023255

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 05/11/2024 a 11/11/2024, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 11 de novembro de 2024