



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt nos EDcl no RECURSO ESPECIAL Nº 2086899 - MA (2023/0256038-2)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
AGRAVANTE : ANTONIO GOMES CHAVES NETO
ADVOGADOS : NICOMEDES OLIMPIO JANSEN JÚNIOR - MA008224
MAURICIO GOMES LACERDA - MA014366
DANIELLE MARQUES MENDES - MA016679
AGRAVADO : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL
ADVOGADO : JOSÉ MANUEL DE MACEDO COSTA FILHO - MA005715

EMENTA

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.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 10/09/2024 a 16/09/2024, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Nancy Andrigli, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 16 de setembro de 2024.

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt nos EDcl no RECURSO ESPECIAL Nº 2086899 - MA (2023/0256038-2)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
AGRAVANTE : ANTONIO GOMES CHAVES NETO
ADVOGADOS : NICOMEDES OLIMPIO JANSEN JÚNIOR - MA008224
MAURICIO GOMES LACERDA - MA014366
DANIELLE MARQUES MENDES - MA016679
AGRAVADO : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO
BRASIL
ADVOGADO : JOSÉ MANUEL DE MACEDO COSTA FILHO - MA005715

EMENTA

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.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo interno interposto por ANTONIO GOMES CHAVES NETO contra decisão monocrática desta relatoria (e-STJ, fls. 379-386) assim ementada:

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. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

Os embargos de declaração opostos foram acolhidos, apenas para prestar esclarecimentos (e-STJ, fls. 371-375).

Em suas razões (e-STJ, fls. 379-385), o insurgente defende, em resumo, que é descabida a limitação do reembolso das despesas médicas efetuadas pelo beneficiário, ao argumento de que ausência de juntada aos autos da Tabela Geral de Auxílios por parte da operadora do plano de saúde inviabiliza a apuração do valor objeto do ressarcimento.

Busca, assim, a reconsideração da decisão agravada.

Não houve impugnação.

É o relatório.

VOTO

A irresignação não merece prosperar.

No caso em estudo, relativamente ao reembolso dos valores gastos com o atendimento médico ao paciente, o Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão entendeu que haveria direito ao reembolso integral dessas despesas, de acordo com as seguintes justificativas (e-STJ, fls. 194-195 – sem grifo no original):

Na sentença recorrida, o Julgador primevo, julgou procedente a ação, reconhecendo a ilicitude da negativa da operadora de plano de saúde, condenando-a a reembolsar ao segurado o valor gasto de R\$ 3.048,75 (três mil e quarenta e oito reais e setenta e cinco centavos), bem como a condenou a pagar ao autor, a título de danos morais, o montante de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), e ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, estes arbitrados em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.

(...)

No que concerne ao mérito da pretensão recursal, adianta-se que não há reparos a serem feitos na sentença, ora recorrida, conforme os fundamentos a seguir explicitados.

É cediço que os contratos firmados pelas operadoras de planos de saúde e seus usuários têm caráter de consumo, sendo, portanto, regidos pelo Código de Defesa do Consumidor - CDC, de modo que as cláusulas constantes desses contratos, segundo estabelece o art. 47 do referido diploma legal, deverão ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.

Cumprе esclarecer que o apelado foi diagnosticado com CÁLCULOS RENAIIS, pelo que lhe foi prescrita a realização dos procedimento de URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA UNILATERAL A LASER (3.11.02.565) e COLOCAÇÃO URETEROSCÓPICA DE DUPLO J

UNILATERAL (3.11.02.077), que foram negados pela recorrente.

Nestes termos, os procedimentos cirúrgicos prescritos para o mais adequado tratamento do apelado é medida que se faz necessária a atender (resguardar) direito dos mais sagrados, qual seja, o DIREITO À VIDA, como forma de proporcionar-lhe a possibilidade de lutar contra sua grave enfermidade e, desse modo, a estipulação de cláusula contratual que seja desvirtuada da natureza da assistência médica ofertada, deve ser interpretada de forma favorável à parte hipossuficiente, no caso, o enfermo, que, quando mais necessita dos serviços que passou anos efetuando vultosos pagamentos, muitas vezes se vê, diante da frieza ou inoperância de muitas operadoras, com grave risco à garantia constitucional em comento.

Na espécie, restou comprovado que a ilegalidade da postura da operadora de plano de saúde, ora recorrente, no que negou a autorização dos procedimentos referenciados, sendo que o segurado, ante à urgência requerida, teve que arcar com os custos do procedimento, pagando R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) de honorários médicos, sendo que a CASSI reembolsou apenas R\$ 1.951,25 (um mil e novecentos e cinquenta e um, e vinte e cinco centavos) desse montante, pelo que é devido o complemento do valor residual de R\$ 3.048,75 (três mil e quarenta e oito reais e setenta e cinco centavos), como reconhecido pelo Juízo a quo.

Desse modo, correta sentença recorrida que deu procedência ao pedido autoral, merecendo destaque o respaldo conferido pela jurisprudência pátria, representado por arestos que tratam dos mesmos procedimentos requisitados, in verbis:

(...)

Ante ao exposto, e de acordo com o parecer ministerial CONHEÇO e NEGÓcio PROVIMENTO ao recurso, nos termos da fundamentação supra, mantendo incólume a sentença vergastada.

No entanto, a jurisprudência desta Corte, à luz do disposto no art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, cuja violação foi reconhecida pela decisão ora agravada, 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.

Confirmam-se:

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. MASTECTOMIA MASCULINIZADORA. PROCEDIMENTO NÃO OFERTADO PELA REDE CREDENCIADA. PLEITO DE REEMBOLSO. LIMITAÇÃO À TABELA DE REFERÊNCIA. ART. 12, VI DA LEI 9.656/98. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. Nos casos em que não se afigurar possível a utilização dos serviços autorizados em estabelecimentos credenciados, o art. 12, VI, da Lei nº 9.656/1998 limita o reembolso aos preços e tabelas efetivamente

contratados com o plano de saúde em sua rede conveniada. Precedentes.

2. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt nos EDcl no AREsp n. 1.949.572/SC, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 3/10/2022, DJe de 7/10/2022.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CONDENATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO EM REDE NÃO CREDENCIADA. URGÊNCIA CONFIGURADA. REEMBOLSO. LIMITAÇÃO. PREÇOS DE TABELA EFETIVAMENTE CONTRATADOS COM A OPERADORA ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM. DESNECESSIDADE. REEXAME. SÚMULA 7/STJ. DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça admite 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), limitado aos preços e tabelas efetivamente contratados com a operadora de saúde.

2. O Tribunal de origem consignou que a prescrição médica tinha caráter genérico, bem como a prova pericial produzida nos autos deixou claro que a atenção de familiares e cuidadores eram suficientes ao bem-estar do consumidor, rechaçando a necessidade de acompanhamento de enfermagem e/ou cuidados técnicos e especializados. A modificação de tal entendimento demandaria o revolvimento do acervo fático-probatório, o que é inviável em sede de recurso especial, nos termos da Súmula 7/STJ.

3. Consoante o entendimento desta Corte, "havendo dúvida razoável na interpretação do contrato, a recusa da operadora de plano de saúde na cobertura de determinado procedimento, sem ofensa aos deveres anexos do pacto - como a boa-fé -, não pode ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, de modo que não fica configurada a conduta ilícita capaz de ensejar a indenização por danos morais" (AgInt no AREsp 1.412.367/RJ, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, DJe de 13.3.2020).

4. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp n. 1.791.940/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 15/8/2022, DJe de 26/8/2022.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. REEMBOLSO. LIMITAÇÃO. POSSIBILIDADE. SÚMULA Nº 568/STJ. INFORMAÇÃO AO CONSUMIDOR. PROVAS. CONTRATO. REEXAME. SÚMULAS NºS 5 E 7/STJ.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. É firme a orientação do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que, nas hipóteses em que não se afigurar possível a utilização dos serviços credenciados, como é o caso das situações emergenciais, o reembolso poderá ser limitado aos preços e às tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde. Precedentes.

3. Na hipótese, rever a conclusão do aresto impugnado para atestar a falta

de ciência da parte agravante acerca das tabelas próprias do plano encontra os óbices das Súmulas nºs 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça.

4. Agravo interno não provido.

(AgInt no REsp n. 1.946.918/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 16/5/2022, DJe de 25/5/2022.)

Dessa forma, conforme enfatizado anteriormente, constata-se que o entendimento adotado pelo Tribunal de origem não está ajustado à jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, de modo que é impositiva a reforma do acórdão recorrido, com vistas a limitar o valor do reembolso aos preços e tabelas efetivamente contratados com a operadora do plano de saúde.

Além disso, a despeito das alegações do insurgente quanto à ausência de juntada aos autos da tabela praticada pela operadora do plano de saúde, é certo que a jurisprudência desta Corte admite a possibilidade de o plano de saúde limitar o reembolso na forma prevista em contrato, não havendo óbice para que o valor da restituição seja apurado em liquidação de sentença, conforme a tabela do contrato.

Ilustrativamente:

RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ESTABELECIMENTO ESPECIALIZADO PARA ATENDIMENTO DE QUEIMADOS. ÔNUS DA PROVA.

1. A gravidade do acidente, consubstanciado na explosão oriunda de vazamento de gás de cozinha que vitimara a esposa do autor, quadro este agravado pelas multifárias enfermidades apresentadas pela autora que, em poucos dias, evoluiu para internação em unidade de tratamento intensivo (UTI) e, então, para o seu falecimento, evidencia, por si só, a urgência necessária para que fosse ela atendida em hospital especializado, embora não credenciado ao plano.

2. Natural que o fornecedor do serviço possua melhores condições de reconstruir todo o "iter" por que passou o atendimento da paciente e, notadamente, demonstrar, posteriormente, a devida informação acerca das condicionantes dos seus direitos, especialmente quando se trata de hipótese em que, pelas condições emocionais decorrentes do grave acidente ocorrido, amplifica-se a falta de condições materiais de bem evidenciar os fatos como efetivamente ocorreram.

3. Todos os contatos realizados com o consumidor devem ser devidamente documentados pelo fornecedor de modo a evidenciar que cumprira com os deveres que a lei material lhe impõe e os ônus que a lei processual lhe imputa, notadamente o ônus de evidenciar os fatos modificativos, impeditivos ou extintivos do direito do autor.

4. Impunha-se à parte ré, na forma da legislação vigente, a prova de que existiam na localidade outros hospitais especializados em queimados e credenciados à Unimed, e, também, de que o consumidor fora devidamente cientificado deste fato.

5. Ausente o cumprimento do ônus probatório que a lei imputa ao fornecedor, é de rigor a procedência do pedido, na forma do quanto sentenciado,

condenando-se a parte ré ao reembolso das despesas médicas/hospitalares comprovadamente realizadas, limitados os valores às tabelas de referência praticadas na rede hospitalar credenciada, tudo a ser apurado em liquidação de sentença.

6. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

(REsp n. 1.878.739/MG, relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma, julgado em 3/11/2020, DJe de 17/11/2020.)

Acerca da temática, igualmente foram as conclusões adotadas nos seguintes julgados: AgInt no REsp n. 2.047.901/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 14/8/2023, DJe de 18/8/2023; AgInt no AREsp n. 1.338.267/DF, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 21/5/2019, DJe de 28/5/2019.

Em face disso, uma vez que as alegações feitas no presente agravo interno não são capazes de modificar o convencimento anteriormente manifestado, permanece inalterada a decisão recorrida.

Ante o exposto, nego provimento ao agravo interno.

Fiquem as partes cientificadas de que a insistência injustificada no prosseguimento do feito, caracterizada pela oposição de embargos manifestamente inadmissíveis ou protelatórios a este acórdão, ensejará a imposição da multa prevista no art. 1.026, § 2º, do CPC.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**AgInt nos EDcl no REsp 2.086.899 / MA
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2023/0256038-2

Número de Origem:

08003344420208100002 08090145520198100001 08254592220178100001 08278091220198100001
08419751520208100001 8003344420208100002 8090145520198100001 8254592220178100001
8278091220198100001 8419751520208100001

Sessão Virtual de 10/09/2024 a 16/09/2024

Relator do AgInt nos EDcl

Exmo. Sr. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO
BRASIL

ADVOGADO : JOSÉ MANUEL DE MACEDO COSTA FILHO - MA005715

RECORRIDO : ANTONIO GOMES CHAVES NETO

ADVOGADOS : NICOMEDES OLÍMPIO JANSEN JÚNIOR - MA008224

MAURICIO GOMES LACERDA - MA014366

DANIELLE MARQUES MENDES - MA016679

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE -
TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : ANTONIO GOMES CHAVES NETO

ADVOGADOS : NICOMEDES OLÍMPIO JANSEN JÚNIOR - MA008224

MAURICIO GOMES LACERDA - MA014366

DANIELLE MARQUES MENDES - MA016679

AGRAVADO : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO
BRASIL

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 10/09/2024 a 16/09/2024, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 16 de setembro de 2024