



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**AgInt nos EDcl no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2520560 - DF  
(2023/0398944-5)**

**RELATOR** : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**  
**AGRAVANTE** : M C G DE M (MENOR)  
**AGRAVANTE** : J G DE M  
**AGRAVANTE** : S G DE M  
**ADVOGADOS** : GABRIEL CUNHA RODRIGUES - DF035297  
JOANA RENATA DE FREITAS MIRANDA - DF040636  
**AGRAVADO** : BRADESCO SAUDE S/A  
**ADVOGADOS** : GUILHERME SILVEIRA COELHO - DF033133  
LUCAS REIS LIMA - DF052320  
VINICIUS SILVA CONCEIÇÃO - DF056123

### EMENTA

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. MÉTODO *CUEVAS MEDEK EXERCISE (CME)*. REEMBOLSO INTEGRAL. DESCABIMENTO. DECISÃO MANTIDA.

1. O usuário faz jus ao reembolso integral das despesas médicas, quando comprovado o inadimplemento contratual do plano de saúde relativo à recusa do custeio do tratamento prescrito pelo médico assistente. Precedentes.
2. O recurso especial não comporta o exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos (Súmula n. 7/STJ).
  - 2.1. A Corte local assentou que somente em relação ao laudo de Id n. 34109676 (protocolo da origem) ficou comprovada a indisponibilidade do tratamento de saúde na rede credenciada da parte agravada, rejeitando, contudo, o seu reembolso integral. Modificar tal entendimento, admitindo a existência do inadimplemento contratual da empresa recorrida em relação ao método *CUEVAS MEDEK EXERCISE (CME)*, a fim de deferir seu ressarcimento integral, exigiria nova análise do conjunto probatório dos autos, medida inviável em recurso especial, nos termos da Súmula n. 7/STJ.
3. Definido o contexto fático dos autos, era de rigor reformar parcialmente o acórdão recorrido, a fim de condenar a parte agravada ao reembolso

integral das despesas médicas do laudo de Id n. 34109676 (protocolo da origem), cujo o valor será apurado em liquidação de sentença.

4. Para a jurisprudência da QUARTA TURMA do STJ, não há obrigatoriedade de custeio do método *Cuevas Medek Exercise (CME)* pelos planos de saúde. Nesse sentido: AgInt no REsp n. 1.979.069/SP, relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 13/6/2022, DJe de 17/6/2022.

4.1. Logo, não há falar em reembolso integral de uma terapia cujo custeio não é obrigatório.

5. Agravo interno a que se nega provimento.

### **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 13/08/2024 a 19/08/2024, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Raul Araújo.

Brasília, 19 de agosto de 2024.

Ministro Antonio Carlos Ferreira  
Relator



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**AgInt nos EDcl no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2520560 - DF  
(2023/0398944-5)**

**RELATOR** : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**  
**AGRAVANTE** : M C G DE M (MENOR)  
**AGRAVANTE** : J G DE M  
**AGRAVANTE** : S G DE M  
**ADVOGADOS** : GABRIEL CUNHA RODRIGUES - DF035297  
JOANA RENATA DE FREITAS MIRANDA - DF040636  
**AGRAVADO** : BRADESCO SAUDE S/A  
**ADVOGADOS** : GUILHERME SILVEIRA COELHO - DF033133  
LUCAS REIS LIMA - DF052320  
VINICIUS SILVA CONCEIÇÃO - DF056123

### EMENTA

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. MÉTODO *CUEVAS MEDEK EXERCISE (CME)*. REEMBOLSO INTEGRAL. DESCABIMENTO. DECISÃO MANTIDA.

1. O usuário faz jus ao reembolso integral das despesas médicas, quando comprovado o inadimplemento contratual do plano de saúde relativo à recusa do custeio do tratamento prescrito pelo médico assistente. Precedentes.

2. O recurso especial não comporta o exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos (Súmula n. 7/STJ).

2.1. A Corte local assentou que somente em relação ao laudo de Id n. 34109676 (protocolo da origem) ficou comprovada a indisponibilidade do tratamento de saúde na rede credenciada da parte agravada, rejeitando, contudo, o seu reembolso integral. Modificar tal entendimento, admitindo a existência do inadimplemento contratual da empresa recorrida em relação ao método *CUEVAS MEDEK EXERCISE (CME)*, a fim de deferir seu ressarcimento integral, exigiria nova análise do conjunto probatório dos autos, medida inviável em recurso especial, nos termos da Súmula n. 7/STJ.

3. Definido o contexto fático dos autos, era de rigor reformar parcialmente o acórdão recorrido, a fim de condenar a parte agravada ao reembolso

integral das despesas médicas do laudo de Id n. 34109676 (protocolo da origem), cujo o valor será apurado em liquidação de sentença.

4. Para a jurisprudência da QUARTA TURMA do STJ, não há obrigatoriedade de custeio do método *Cuevas Medek Exercise (CME)* pelos planos de saúde. Nesse sentido: AgInt no REsp n. 1.979.069/SP, relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 13/6/2022, DJe de 17/6/2022.

4.1. Logo, não há falar em reembolso integral de uma terapia cujo custeio não é obrigatório.

5. Agravo interno a que se nega provimento.

## RELATÓRIO

Trata-se de agravo interno (e-STJ fls. 961/967) interposto contra decisão desta relatoria que conheceu do agravo para dar parcial provimento ao recurso especial, a fim de condenar a parte agravada ao ressarcimento integral das despesas médicas de Id n. 34109676 (protocolo da origem), devendo o montante do reembolso ser apurado em liquidação de sentença.

Os embargos de declaração foram rejeitados (e-STJ fls. 956/957).

Em suas razões, a parte agravante sustenta o afastamento da Súmula n. 7/STJ.

No mérito, defende que "a decisão recorrida incorreu em equívoco com relação ao reembolso das despesas médicas pagas pela agravante, referentes ao método *Cuevas Medek Exercise* — CME. 22. Isso porque o reembolso das despesas médicas acolhidas na decisão monocrática, previstas no laudo de Id n. 34109676 (protocolo da origem), referente ao método RTA - Reequilíbrio Tóraco Abdominal, seguem exatamente a mesma lógica de prescrição médica e inexistência de prestador de serviço em relação ao método *Cuevas Medek Exercise* - CME" (e-STJ fl. 965).

Ao final, pede a reconsideração da decisão monocrática ou a apreciação do agravo pelo Colegiado.

Foi apresentada impugnação (e-STJ fls. 972/987).

É o relatório.

## VOTO

A insurgência não merece ser acolhida.

A parte agravante não trouxe nenhum argumento capaz de afastar os termos

da decisão agravada, motivo pelo qual deve ser mantida por seus próprios fundamentos (e-STJ fls. 934/941):

Trata-se de agravo nos próprios autos (CPC/2015, art. 1.042) interposto contra decisão que inadmitiu o recurso especial sob os seguintes fundamentos: (a) ausência de negativa de prestação jurisdicional e (b) aplicação das Súmulas n. 5, 7 e 83 do STJ (e-STJ fls. 827/829).

O acórdão do TJDFt traz a seguinte ementa (e-STJ fls. 545/546):

I - APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. II – BENEFICIÁRIO DE PLANO DE SAÚDE SEGMENTAÇÃO REFERÊNCIA. FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL PRESCRITAS POR MÉDICO ASSISTENTE AO TEMPO DE VIGÊNCIA DA RN 465/2021 ANS. TUTELA DE URGÊNCIA CONCEDIDA PARA DETERMINAR O CUSTEIO PELA SEGURADORA DOS PROCEDIMENTOS PRESCRITOS ALÉM DO NÚMERO DE SESSÕES SOB COBERTURA CONTRATUAL E FORA DA REDE CREDENCIADA. TUTELA CONFIRMADA EM SENTENÇA DE MÉRITO. PROVIMENTO ALTERADO EM ACÓRDÃO QUE JULGOU IMPROCEDENTES OS PEDIDOS INICIAIS. AUSÊNCIA RECONHECIDA DA EXISTÊNCIA DE LEI, REGULAMENTO OU NORMA CONTRATUAL QUE IMPONHA À SEGURADORA O DEVER DE REEMBOLSAR O CUSTO INTEGRAL DE PROCEDIMENTOS SOB COBERTURA, MAS REALIZADOS EM NÚMERO SUPERIOR AO LIMITE PREVISTO DE FORMA CLARA E EXPRESSA NO CONTRATO DE SEGURO. RESTRIÇÃO LEGÍTIMA PORQUE CONFORME À LEI 9.656/98 E À RN 465/2021-ANS. NEGATIVA DE COBERTURA DO QUE EXCEDE À PREVISÃO CONTRATUAL LEGITIMAMENTE APRESENTADA PELO PLANO DE SAÚDE. ILICITUDE NÃO CARACTERIZADA NA LIMITAÇÃO DE SESSÕES E NA ADOÇÃO PARA REEMBOLSO DE TABELA DO PLANO DE SAÚDE. LEI 9.656/98, ART. 10, § 4º, E RESOLUÇÃO 465/2021 DA ANS. DEVER INEXISTENTE DE EFETIVAR O INTEGRAL REEMBOLSO DO CUSTEIO DE TERAPIAS REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA. JURISPRUDÊNCIA DO TJDFt. III - RECURSO DA RÉ CONHECIDO E PROVIDO. RECURSO DA AUTORA PREJUDICADO.

1. A adesão a plano de saúde com segmentação assistencial de referência mínima compreende cobertura limitada à lista de procedimentos com cobertura obrigatória descrita no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela ANS, que é agência reguladora do setor de planos de saúde do Brasil legalmente autorizada a elaborar lista de procedimentos e eventos em saúde (§ 4º, art. 10, Lei 9.656/98).

2. Ilegalidade não há na restrição contratualmente prevista para o número de procedimentos cobertos em segmentação Referência, a exemplo de sessões de terapia, porque os limites fixados atenderam à disciplina posta na legislação então vigente – Lei 9.656/98 e Diretrizes de Utilização para consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas estabelecidas pela RN 465/2021. Legalmente autorizada estava, portanto, a Seguradora a recusar o reembolso integral do tratamento prescrito pelo médico assistente porque representativo de prestação de serviço de saúde que ultrapassava os parâmetros contratualmente previstos e estabelecidos em Rol da ANS.

3. No que concerne à alegação inicial de que faltavam profissionais habilitados na rede credenciada ou referenciada, razão pela qual fez-se imprescindível buscar assistência profissional em outras unidades de atendimento, certo é que a dificuldade encontrada para marcar

consultas e a urgência afirmada para início do tratamento – conquanto o tenha sido em apenas um dos laudos médicos trazidos aos autos –, justificou a excepcional não utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, mediante reembolso das despesas médicas que teve a autora. Não há, entretanto, na lei, na norma regulamentar ou no contrato, o que justifique o pretendido ressarcimento integral sem observância à tabela de reembolso do plano de saúde. É lícita a estipulação pela Seguradora de cláusula contratual para limite de reembolso porque amparada em regra posta no art. 12, VI, da Lei 9.656/98.

4. Tutela de urgência. Provimento provisório revogado em julgamento de segunda instância que, reformando a sentença, julgou improcedentes os pedidos iniciais.

5. Recurso da ré conhecido e provido. Recurso da autora prejudicado. Ônus da sucumbência invertidos. Honorários majorados.

Os embargos de declaração foram rejeitados (e-STJ fls. 620/634).

No recurso especial (e-STJ fls. 651/675), fundamentado no art. 105, III, "a", da CF, a parte recorrente aduziu violação:

(i) do art. 1.022, II, do CPC/2015, ante a falta de enfrentamento das seguintes teses:

(a) "o juízo *a quo* ignorou o acervo probante dos autos, ao qual indica que a situação vivenciada pela recorrente pela infante amolda-se a previsão estatuída no art. 12, inciso VI da Lei nº 9.656/98, permitindo, por isso, o reembolso integral das despesas médicas" (e-STJ fl. 672), e

(b) "omissão sobre a limitação a realização do número de sessões de fisioterapia e terapia ocupacional prevista na RN 465/2021 até a entrada em vigor da RN n. 541 /2022, que por sua vez pôs um fim a limitação do número de sessões, ignorou o acórdão que os médicos que acompanham a infante determinaram a realização contínua das terapias prescritas, não podendo haver qualquer limitação" (e-STJ fl. 672), e

(ii) dos arts. 421 do CC/2002, 51, § 1º, II, do CDC e 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, argumentando que, à míngua de disponibilidade de profissionais na rede credenciada da parte recorrida para realizar o tratamento de saúde descrito na inicial, o reembolso das despesas médicas deveria ser integral, e não limitado à tabela contratual.

Foram apresentadas contrarrazões (e-STJ fls. 800/824).

No agravo (e-STJ fls. 834/849), afirma a presença de todos os requisitos de admissibilidade do especial.

Contraminuta apresentada (e-STJ fls. 879/897).

É o relatório.

Decido.

Não assiste razão à parte recorrente quanto à tese de negativa de prestação jurisdicional, uma vez que o Tribunal *a quo* decidiu a matéria controvertida, não incorrendo em omissão, contradição ou obscuridade.

A Justiça local deixou claros os motivos pelos quais concluiu pela validade da cláusula contratual limitativa do número de sessões de fisioterapia e de terapia ocupacional, devido à autorização de tal proceder pela Resolução n. 465/2021 da ANS, vigente à época de ajuizamento da demanda, assim como justificou adequadamente o afastamento do reembolso integral das despesas médicas. Confira-se o seguinte trecho (e-STJ fls. 551/560):

A parte ré sustenta, em razões recursais, ser inviável a determinação de pagamento integral, uma vez que existentes cláusulas no contrato firmado com a parte autora que limitam o valor do reembolso. Brada

que a Bradesco Saúde deve observar as restrições estabelecidas nas condições gerais do seguro, as quais estão de acordo com a legislação vigente. Esclarece haver expressa previsão de custeio de tratamento com psicólogo, terapeuta e fonoaudiólogo na quantidade mínima de sessões estabelecidas como obrigatórias pela ANS. Proclama inexistir abusividade nas cláusulas limitadoras do reembolso integral. Invoca o art. 757 do Código Civil e as normas do microssistema do Código de Defesa do Consumidor. Afirma não haver vedação legal à estipulação de cláusulas restritivas de direito, sendo apenas exigível que sejam redigidas de forma clara e com destaque (art. 54, § 4º).

Com razão a operadora ré.

(...)

**No caso, em que contratada cobertura do plano da segmentação Referência, a Resolução Normativa 465/2021, no anexo II, previa a seguinte Diretriz de Utilização para fisioterapia e terapia ocupacional requerida pelo médico assistente:**

(...)

**Anoto ser imprescindível considerar os termos da resolução acima citada, a RN n. 465, de 24 de fevereiro de 2021, porque em vigor ao tempo de propositura da demanda (8 de julho 2021).**

Quanto à RN n. 541, de 11 de julho de 2022, que alterou os procedimentos referentes aos atendimentos com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas e revogou as Diretrizes de Utilização - DUTs nº 102, 104, 105, 106, 107, 108, 136, 137 e 138 do Anexo II, da RN nº 465, de 2021 (art. 3º RN 541/2022), é de observância a contar de 1º de agosto de 2022, por ser esse seu termo inicial de vigência (art. 5º RN 541/2022). Definido o contexto normativo orientador do exame do contrato de seguro de que é beneficiária a autora, verifico contar o plano-referência a que ela aderiu com cobertura ambulatorial a ser custeada pela Seguradora, mediante reembolso dentro dos limites estabelecidos no contrato ou, alternativamente, por meio de pagamento direto à rede referenciada, por conta e ordem do Segurado (Id 34109764, p. 14). Identifico, ademais, integrar a relação das terapias que contratualmente se obrigou a Seguradora a custear, quando realizadas por indicação médica, segundo necessidade clínica (Id 34109764, p. 14), as prescritas para a autora, a saber:

(...)

**Enfim, para os procedimentos cobertos em segmentação Referência foram contratualmente estipulados limites para sessões; restrição essa que, considerada a legislação então vigente – Lei 9.656/98 e Diretrizes de Utilização para consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas estabelecidas pela RN 465/2021 – não encerrava qualquer ilicitude. De consequência, legalmente autorizada estava a Seguradora a recusar o reembolso integral do tratamento prescrito pelo médico assistente porque representativo de prestação de serviço de saúde que ultrapassava os parâmetros contratualmente previstos e estabelecidos em Rol da ANS. Confira-se:**

(...)

**No que concerne à alegação inicial de que faltavam profissionais habilitados na rede credenciada ou referenciada, razão pela qual fez-se imprescindível buscar assistência profissional em outras unidades de atendimento, certo é que a dificuldade encontrada para marcar consultas e a urgência afirmada para início do tratamento – conquanto o tenha sido em apenas um dos laudos médicos trazidos aos autos (Id 34109676) –, justificou a excepcional não utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, mediante reembolso das despesas**

**médicas que teve a autora. Não há, entretanto, na lei, na norma regulamentar ou no contrato, o que justifique o pretendido ressarcimento integral sem observância à tabela de reembolso do plano de saúde.**

(...)

O reembolso deve obedecer às regras contratuais, afinal o custeio previsível de procedimentos e eventos sob cobertura são elementos de necessária ponderação nos cálculos atuariais que levam ao estabelecimento do valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo segurado titular e por seus dependentes.

No que concerne ao limite para o reembolso, prevê a cláusula 2.23 (Id 34109764, p. 8):

**2.23 Limite de Reembolso**

É o limite monetário com o qual a Seguradora se compromete a ressarcir o Segurado pela realização de procedimentos, de acordo com as coberturas contratadas, em prestador de sua livre escolha.

**Já o art. 12, VI, da Lei 9.656/98, estabelece que o reembolso é limitado aos preços de tabela efetivamente contratados com a operadora de saúde, *in verbis*:**

(...)

De fato, não há o que possa razoavelmente afastar a licitude da cláusula contratual que fixa, para prestação de serviços de saúde na segmentação Referência, limite de reembolso ao segurado.

Importa consignar nesse ponto que as especiais garantias legalmente previstas em favor do consumidor pelo reconhecimento de sua vulnerabilidade não o colocam em posição jurídica que o autorize a ignorar as regras contratuais a que aderiu, especialmente quando, tendo contratado prestação básica de serviços de saúde, pretende, sem prévia alteração contratual e sem arcar com contraprestação pecuniária correspondente à modificação ajustada, obter atendimento conforme a necessidades que somente poderiam ser satisfeitas se contratação houvesse de segmentação diversa com maior amplitude de cobertura assistencial.

Enfim, não afrontando a estipulação restritiva a legislação vigente nem as diretrizes da ANS, as sessões de fisioterapia e terapia ocupacional devem ser custeadas pela seguradora com observância da quantidade mínima obrigatória determinada pela ANS, até a entrada em vigor da RN n. 541, de 11 de julho de 2022 (1º de agosto de 2022, conforme art. 5º RN 541/2022), que alterou os procedimentos referentes aos atendimentos com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas e revogou as Diretrizes de Utilização - DUTs nº 102, 104, 105, 106, 107, 108, 136, 137 e 138 do Anexo II, da RN nº 465, de 2021 (art. 3º RN 541/2022).

Entretanto, seja para o período em que possível a limitação de sessões, seja para o tempo a partir do qual desapareceu a regra que limitava o número de consultas, em ponderação da necessária garantia do equilíbrio atuarial da operadora e do interesse da beneficiária autora de receber a prestação de serviços de saúde contratada, a Seguradora deverá efetivar o reembolso segundo valor estabelecido em tabela do plano-referência de saúde a que aderiu a parte autora.

(...)

Registro, por fim, que a falta de indicação, nos laudos médicos trazidos aos autos, da existência de evidências científicas para o método Cuevas Medek Exercise – CME, desautoriza a pretendida atribuição à ré/apelante da obrigação de custear tal procedimento em unidade fora da rede própria, credenciada ou convencionada.

Ademais, os elementos probatórios reunidos aos autos não demonstram a ocorrência de situação excepcional que possibilite

obrigar a empresa ré a disponibilizar/custear em favor da parte autora, em condições que ultrapassem os limites contratualmente ajustados, prestação de serviços de saúde para assegurar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de que ela necessita.

(...)

Com isso, entendo deva ser reformada a sentença vergastada para julgar improcedentes os pedidos iniciais, porque lícita a recusa apresentada pela ré.

Ao rejeitar os aclaratórios, o Colegiado entendeu ainda que (e-STJ fls. 626/630):

Da leitura das razões expostas, noto não prosperar a alegação da embargante de omissão existente no acórdão quanto à ausência de consideração do que restou incontroverso e do acervo fático-probatório dos autos, o qual demonstra que a situação por si atravessada era totalmente oposta à previsão legal e contratual que permitiria o ressarcimento de forma parcial.

Na hipótese, a embargante alega que houve omissão ao fundamento de que a operadora de saúde não dispunha de prestadores na rede credenciada para realizar as terapias prescritas e, no tocante à situação de urgência por si atravessada para realização imediata dos tratamentos prescritos, o acórdão omitiu-se em relação aos laudos que demonstram a necessidade da realização imediata das terapias prescritas, além de sua imprescindibilidade para o soerguimento da saúde da infante.

Ocorre que, concretamente, fora devidamente consignado, no acórdão embargado, que fora contratado plano de saúde com segmentação assistencial de referência mínima que compreende cobertura limitada à lista de procedimentos com cobertura obrigatória descrita no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela ANS. Nesse contexto, foram indicadas as normas legais e regulamentares aplicáveis ao caso concreto e que dão suporte à operadora de saúde a recusar o reembolso integral do tratamento prescrito pelo médico assistente porque representativo de prestação de serviço de saúde que ultrapassava os parâmetros contratualmente previstos e estabelecidos em Rol da ANS.

Destaco trechos do voto condutor do acórdão:

(...)

Ainda, houve clara e expressa análise do argumento da embargante de que a operadora de saúde não dispunha de prestadores na rede credenciada para realizar as terapias prescritas, aliada à alegada urgência retratada nos laudos médicos que alega ter juntado ao feito. A propósito, destaco ter sido analisado e rechaçado no acórdão embargado todos os fundamentos utilizados para o reconhecimento de possível ilicitude da seguradora em recusar o reembolso integral do tratamento prescrito pelo médico assistente, conforme trechos a seguir transcritos (Id 41656328):

Ressalte-se que o fato de o julgamento ser contrário aos interesses da parte recorrente não configura nenhum dos vícios do art. 535 do CPC/1973 (atual art. 1.022 do CPC/2015), tampouco hipótese de cabimento dos aclaratórios.

Segundo a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, o reembolso das despesas médicas deverá ocorrer integralmente ao usuário, quando comprovado o inadimplemento contratual da operadora de plano de saúde referente à disponibilização do tratamento de saúde prescrito por profissional da área.

Nesse sentido:

**RECURSO ESPECIAL - PLANO DE SAÚDE - INDISPONIBILIDADE DE PRESTADOR DE SERVIÇO CREDENCIADO NA ÁREA DE**

ABRANGÊNCIA - OPERADORA QUE DESCUMPRE O DEVER DE GARANTIR O ATENDIMENTO NO MESMO MUNICÍPIO, AINDA QUE POR PRESTADOR NÃO INTEGRANTE DA REDE ASSISTENCIAL - INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS QUE ESTABELECEM O DEVER DE REEMBOLSO INTEGRAL, PORÉM NO PRAZO DE 72 HORAS.

(...)

2.1 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 9º da RN nº 259/11 da ANS.

3. Recurso especial provido, em parte, apenas para estabelecer o prazo de reembolso em 30 dias.

(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.)

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.

(...)

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.)

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICAS C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. ATENDIMENTO FORA DA REGIÃO GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO CONTRATO. REEMBOLSO LIMITADO À TABELA DO CONTRATO. JULGAMENTO: CPC/2015.

(...)

4. O reembolso previsto no art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, limitado à tabela do contrato, 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 constitui obrigação diversa, de natureza indenizatória, cuja fonte é a inexecução do contrato, e visa, na realidade, a reparação do consequente dano material suportado pelo beneficiário (REsp 1.840.515/CE, Terceira Turma, julgado em 24/11/2020, DJe 01/12/2020).

(...)

6. Recurso especial conhecido e provido.

(REsp n. 1.979.876/SP, relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 3/5/2022, DJe de 5/5/2022.)

Conforme excerto aqui transcrito (e-STJ fl. 556), a Corte local, soberana na análise do conjunto fático-probatório dos autos, assentou que somente em relação ao laudo de Id n. 34109676 (protocolo da origem) ficou comprovada a indisponibilidade do tratamento de saúde na rede credenciada da parte recorrida, rejeitando, contudo, o seu reembolso integral.

Para dissentir dessa conclusão, a fim de admitir a existência do inadimplemento contratual da empresa recorrida em outras solicitações médicas, seria necessário revolver o conjunto fático-probatório dos autos, providência vedada nesta sede especial, a teor da Súmula n. 7/STJ.

Definido o contexto fático dos autos, impõe-se a reforma parcial do aresto impugnado, a fim de condenar a parte recorrida ao reembolso integral das despesas médicas do laudo de Id n. 34109676 (protocolo da origem), cujo o valor será apurado em liquidação de sentença.

Ante o exposto, CONHEÇO do agravo para DAR PARCIAL PROVIMENTO ao recurso especial, a fim de condenar a parte recorrida ao ressarcimento integral das despesas médicas de Id n. 34109676 (protocolo da origem), devendo o montante do reembolso ser apurado em liquidação de sentença.

Honorários advocatícios sucumbenciais para os advogados dos autores, ora recorridos, fixados em 10% (dez por cento) do valor da condenação, nos termos do art. 85, § 2º, do CPC/2015.

Verba honorária para os causídicos das rés, ora recorrentes, arbitrada em 10% (dez por cento) do valor do proveito econômico obtido (CPC/2015, art. 85, § 2º), este entendido como a somatória dos pedidos indenizatórios rejeitados.

Configurada a sucumbência recíproca (art. 86 do CPC/2015), as custas deverão ser suportadas na proporção do decaimento das partes.

Os valores de todos os encargos sucumbenciais deverão ser apurados em liquidação de sentença.

Publique-se e intimem-se.

Segundo a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, o usuário faz jus ao reembolso integral das despesas médicas, quando comprovado o inadimplemento contratual do plano de saúde relativo à recusa do custeio do tratamento prescrito pelo médico assistente.

Nessa linha:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚM. 282/STF. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. COBERTURA INTEGRAL DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO INCLUINDO INTERNAÇÃO. INÉRCIA DA OPERADORA EM INDICAR O PROFISSIONAL ASSISTENTE. TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA ÀS CUSTAS DO USUÁRIO. COPARTICIPAÇÃO INDEVIDA. REEMBOLSO INTEGRAL.

CUMPRIMENTO DA ORDEM JUDICIAL. IMPOSIÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE PAGAR. AFASTAMENTO DA MULTA ARBITRADA.

(...)

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

(...)

10. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, parcialmente provido.

(REsp n. 2.031.301/SP, relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 7/11/2023, DJe de 14/11/2023.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE MEDICAMENTO ONCOLÓGICO. ABUSIVIDADE. REEMBOLSO INTEGRAL. ACÓRDÃO NO MESMO SENTIDO DA JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA N. 83/STJ.

(...)

2. "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. [...] 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 (REsp n. 1.840.515/CE, relatora Ministra Nancy Andrigli, Terceira Turma, julgado em 24/11/2020, DJe de 1º/12/2020).

Agravo interno improvido.

(AgInt no REsp n. 2.049.569/SP, relator Ministro HUMBERTO MARTINS, TERCEIRA TURMA, julgado em 29/4/2024, DJe de 2/5/2024.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA DE JOELHO. AUSÊNCIA DE INDICAÇÃO DE REDE CREDENCIADA EM SANTOS OU MUNICÍPIOS LÍMITROFES. REEMBOLSO INTEGRAL DEVIDO. DECISÃO DE ACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. 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 9º da RN nº 259/11 da ANS" (REsp 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).

2. Estando a decisão de acordo com a jurisprudência desta Corte, o recurso

encontra óbice na Súmula 83/STJ.

3. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp n. 2.110.115/SP, relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 12/6/2023, DJe de 19/6/2023.)

A Corte local assentou que somente em relação ao laudo de Id n. 34109676 (protocolo da origem) ficou comprovada a indisponibilidade do tratamento de saúde na rede credenciada da parte agravada, rejeitando, contudo, o seu reembolso integral.

Transcrevo, mais uma vez, o seguinte trecho (e-STJ fls. 556/557):

No que concerne à alegação inicial de que faltavam profissionais habilitados na rede credenciada ou referenciada, razão pela qual fez-se imprescindível buscar assistência profissional em outras unidades de atendimento, certo é que a dificuldade encontrada para marcar consultas e a urgência afirmada para início do tratamento – conquanto o tenha sido em apenas um dos laudos médicos trazidos aos autos (Id 34109676) –, justificou a excepcional não utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, mediante reembolso das despesas médicas que teve a autora. Não há, entretanto, na lei, na norma regulamentar ou no contrato, o que justifique o pretendido ressarcimento integral sem observância à tabela de reembolso do plano de saúde.

(...)

O reembolso deve obedecer às regras contratuais, afinal o custeio previsível de procedimentos e eventos sob cobertura são elementos de necessária ponderação nos cálculos atuariais que levam ao estabelecimento do valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo segurado titular e por seus dependentes.

Modificar tal entendimento, admitindo a existência do inadimplemento contratual da empresa recorrida em relação ao método *CUEVAS MEDEK EXERCISE (CME)*, a fim de deferir seu ressarcimento integral, exigiria nova análise do conjunto probatório dos autos, medida inviável em recurso especial, nos termos da Súmula n. 7/STJ.

Definido o contexto fático dos autos, era de rigor reformar parcialmente o acórdão recorrido, a fim de condenar a parte agravada ao reembolso integral das despesas médicas do laudo de Id n. 34109676 (protocolo da origem), cujo o valor será apurado em liquidação de sentença.

Ademais, para a jurisprudência da QUARTA TURMA do STJ, não há obrigatoriedade de custeio do método *Cuevas Medek Exercise (CME)* pelos planos de saúde.

Nesse aspecto:

PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. AGRAVO INTERNO. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATO ESTATAL, DO REGIME JURÍDICO DE DIREITO ADMINISTRATIVO, COM EXPRESSA PREVISÃO EM LEI, AO QUAL SE SUBMETEM FORNECEDORES E CONSUMIDORES DA RELAÇÃO CONTRATUAL DE

DIREITO PRIVADO. GARANTE A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO, A RECUPERAÇÃO E A REABILITAÇÃO DE TODAS AS ENFERMIDADES. SOLUÇÃO CONCEBIDA E ESTABELECIDADA PELO LEGISLADOR PARA HARMONIZAÇÃO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. FISIOTERAPIA PELO MÉTODO THERASUIT E/OU PEDIASUIT. A PAR DA AUSÊNCIA DE PREVISÃO NA RELAÇÃO EDITADA PELA AUTARQUIA SÃO MÉTODOS DE CARÁTER MERAMENTE EXPERIMENTAL, SEGUNDO PARECER DO CFM E DO NAT-JUS NACIONAL. MÉTODO MULTIPROFISSIONAL BOBATH. INEXISTÊNCIA DE REGULAMENTAÇÃO ESPECÍFICA QUE DETERMINE O QUE SEJA ESSE MÉTODO E CERTIFICAÇÃO QUE GARANTA A SUA ADEQUADA APLICAÇÃO, CONFORME NOTA TÉCNICA DO NAT-JUS NACIONAL. MÉTODO CUEVAS MEDEK EXERCISES (CME). INEXISTÊNCIA DE REGULAMENTAÇÃO, CERTIFICAÇÃO E ESTUDOS ROBUSTOS COMPROVANDO A SUA EFICÁCIA, À LUZ DE PRECEITOS DE SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIA - SBE. VINDICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DESSAS TERAPIAS, PELO JUDICIÁRIO, EM SUPRESSÃO DO PODER REGULADOR DA AUTARQUIA ESPECIALIZADA COMPETENTE. MANIFESTA INVIABILIDADE. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

(...)

6. Quanto ao Método Cuevas Medek Exercises (CME), a Nota Técnica n. 49.095, elaborada pelo NAT-JUS/PR, em 12/10/2021, disponível no banco de dados E-natjus do CNJ, conclui que não há evidência científica a justificar a sua prescrição e que: a) "Considerando os efeitos do Método CME, as evidências científicas são restritas, com um número extremamente limitado de artigos publicados (pesquisas realizadas nas principais bases de dados MEDLINE via PubMed, SciELO e LILACS)"; b) "A ABRAFIN (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL) emitiu parecer em que " não pode afirmar que o Método possa resultar em efeitos superiores, semelhantes ou inferiores aos demais recursos cinesioterapêuticos da área de fisioterapia neurofuncional na criança e na adolescência." No mesmo diapasão, é a também recente nota técnica n. 48.074, elaborada pelo NAT-JUS/RS, em 13/10/2021, disponível no banco de dados E-natjus do CNJ, com conclusão desfavorável, assentando que "as poucas evidências científicas até o presente momento, em relação ao método Cuevas Medeck, são de pouca consistência científica, não se podendo chegar a conclusão sobre real eficácia e não há estudos comparativos com as terapias ditas padrão".

7. "Cumpra ao Poder Judiciário evitar decisões desastrosas, com a autorização de acesso a medicamentos, produtos e serviços sem base em evidência científica ou por falta de cobertura contratual, porque isso causa abalo indevido na sustentação econômica das operadoras de saúde, e também devido ao fato de que o aumento da sinistralidade norteia o aumento das mensalidades do ano seguinte, penalizando indevidamente os demais participantes dos planos individuais e coletivos de saúde [...] (DRESCH, Renato Luís. As medidas de otimização da judicialização: o Nat-jus e as Câmaras Técnicas. Revista de Direito da Saúde Suplementar. São Paulo: Quartier Latin. Ed. n. 1, 2017, p. 122-126). Com efeito, o magistrado deve levar em consideração que o próprio Judiciário pode afetar claramente os custos das atividades, caso não aprecie detidamente todas as razões e os fatos das causas trazidas ao Estado-juiz. Muito embora seja certo que há uma vinculação de todas as relações contratuais à função social, 'não se pode confundir a função social do contrato com a justiça social a ser implementada pelo Estado através de políticas públicas' (TIMM, Luciano Benetti. O novo direito civil: ensaios sobre o mercado, a reprivatização do direito civil e a privatização do direito público. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p. 113-125)" (AgInt no REsp 1879645/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 27/04/2021, DJe 04/05/2021).

8. Agravo interno não provido.

Logo, não há falar em reembolso integral de uma terapia cujo custeio não é obrigatório.

Assim, não prosperam as alegações constantes no recurso, incapazes de alterar os fundamentos da decisão impugnada.

Diante do exposto, NEGO PROVIMENTO ao agravo interno.

É como voto.



# SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

## TERMO DE JULGAMENTO

### QUARTA TURMA

**AgInt nos EDcl no AREsp 2.520.560 / DF**  
**PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2023/0398944-5

Número de Origem:

07236616020218070001 7236616020218070001

Sessão Virtual de 13/08/2024 a 19/08/2024

#### **Relator do AgInt nos EDcl**

Exmo. Sr. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA

#### **Presidente da Sessão**

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

#### **Secretário**

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

### **AUTUAÇÃO**

AGRAVANTE : M C G DE M (MENOR)

AGRAVANTE : J G DE M

AGRAVANTE : S G DE M

ADVOGADOS : GABRIEL CUNHA RODRIGUES - DF035297

JOANA RENATA DE FREITAS MIRANDA - DF040636

AGRAVADO : BRADESCO SAUDE S/A

ADVOGADOS : GUILHERME SILVEIRA COELHO - DF033133

LUCAS REIS LIMA - DF052320

VINICIUS SILVA CONCEIÇÃO - DF056123

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

### **AGRAVO INTERNO**

AGRAVANTE : M C G DE M (MENOR)

AGRAVANTE : J G DE M

AGRAVANTE : S G DE M

ADVOGADOS : GABRIEL CUNHA RODRIGUES - DF035297

JOANA RENATA DE FREITAS MIRANDA - DF040636

AGRAVADO : BRADESCO SAUDE S/A  
ADVOGADOS : GUILHERME SILVEIRA COELHO - DF033133  
LUCAS REIS LIMA - DF052320  
VINICIUS SILVA CONCEIÇÃO - DF056123

### **TERMO**

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 13/08/2024 a 19/08/2024, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Raul Araújo.

Brasília, 19 de agosto de 2024