



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2589825 - SP
(2024/0085347-0)**

RELATOR : MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA
AGRAVANTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377
AGRAVADO : MAURICIO VIEIRA MAGALHAES
ADVOGADO : ROMAO CÂNDIDO DA SILVA - SP091555

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS. NÃO CUMPRIMENTO DO PRAZO DE CARÊNCIA PARA ATENDIMENTO EMERGENCIAL. CARÁTER ABUSIVO. NEGATIVA INDEVIDA. OBRIGATORIEDADE DE ATENDIMENTO. ENTENDIMENTO EM SINTONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA N. 83 DO STJ. URGÊNCIA. CIRCUNSTÂNCIAS FÁTICAS. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE INCURSÃO NO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N. 7 DO STJ. FALTA DE PREQUESTIONAMENTO. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS N. 282 DO STF E 211 DO STJ. REEMBOLSO DE DESPESAS FORA DA REDE CREDENCIADA. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. RECUSA INDEVIDA. AGRAVAMENTO DO QUADRO CLÍNICO. DANOS MORAIS. NECESSIDADE DE INCURSÃO NO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N. 7 DO STJ. *QUANTUM* INDENIZATÓRIO. PROPORCIONALIDADE. REVISÃO. SÚMULA N. 7 DO STJ. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. ANÁLISE PREJUDICADA. AGRADO INTERNO DESPROVIDO.

1. Não é abusiva a cláusula contratual que prevê prazo de carência para os serviços prestados pelo plano de saúde. No entanto, configura abusividade a negativa de fornecimento de assistência médica em casos de urgência ou emergência durante o período de carência, sendo injusta a recusa da operadora.

2. Nos casos de cobertura parcial temporária de doenças ou lesões preexistentes, o prazo de carência estabelecido em contrato de plano de saúde não prevalece em situações de urgência ou de emergência.

3. A ausência de debate acerca dos dispositivos legais tidos por violados, a despeito da oposição de embargos de declaração, inviabiliza o conhecimento da matéria na instância extraordinária, por falta de prequestionamento. Incidência das Súmulas n. 211 do STJ e 282 do STF.

4. Aplica-se a Súmula n. 7 do STJ ao caso em que o acolhimento da tese defendida no recurso especial relativa à urgência do atendimento reclamar a análise dos elementos probatórios produzidos ao longo da demanda.

5. O reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde é admitido nos limites das obrigações contratuais e nos casos de urgência ou de 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).

6. Evidenciadas a urgência do tratamento e a recusa abusiva da operadora do plano de saúde, inviabilizando o atendimento na rede credenciada, é devido o reembolso das despesas feitas pelo segurado.

7. Aplica-se a Súmula n. 7 do STJ quando o acolhimento da tese defendida no recurso especial relativa aos danos morais reclamar a análise dos elementos probatórios produzidos ao longo da demanda.

8. A revisão pelo STJ da indenização arbitrada a título de danos morais exige que o valor tenha sido irrisório ou exorbitante, fora dos padrões de razoabilidade.

9. A incidência de óbices sumulares quanto à interposição pela alínea *a* do permissivo constitucional impede o conhecimento do recurso especial pela divergência jurisprudencial sobre a mesma questão.

10. 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 17/09/2024 a 23/09/2024, 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, 23 de setembro de 2024.

Ministro João Otávio de Noronha
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2589825 - SP
(2024/0085347-0)**

RELATOR : MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA
AGRAVANTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377
AGRAVADO : MAURICIO VIEIRA MAGALHAES
ADVOGADO : ROMAO CÂNDIDO DA SILVA - SP091555

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS. NÃO CUMPRIMENTO DO PRAZO DE CARÊNCIA PARA ATENDIMENTO EMERGENCIAL. CARÁTER ABUSIVO. NEGATIVA INDEVIDA. OBRIGATORIEDADE DE ATENDIMENTO. ENTENDIMENTO EM SINTONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA N. 83 DO STJ. URGÊNCIA. CIRCUNSTÂNCIAS FÁTICAS. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE INCURSÃO NO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N. 7 DO STJ. FALTA DE PREQUESTIONAMENTO. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS N. 282 DO STF E 211 DO STJ. REEMBOLSO DE DESPESAS FORA DA REDE CREDENCIADA. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. RECUSA INDEVIDA. AGRAVAMENTO DO QUADRO CLÍNICO. DANOS MORAIS. NECESSIDADE DE INCURSÃO NO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N. 7 DO STJ. *QUANTUM* INDENIZATÓRIO. PROPORCIONALIDADE. REVISÃO. SÚMULA N. 7 DO STJ. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. ANÁLISE PREJUDICADA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Não é abusiva a cláusula contratual que prevê prazo de carência para os serviços prestados pelo plano de saúde. No entanto, configura abusividade a negativa de fornecimento de assistência médica em casos de urgência ou emergência durante o período de carência, sendo injusta a recusa da operadora.

2. Nos casos de cobertura parcial temporária de doenças ou lesões preexistentes, o prazo de carência estabelecido em contrato de plano de saúde não prevalece em situações de urgência ou de emergência.

3. A ausência de debate acerca dos dispositivos legais tidos por violados, a despeito da oposição de embargos de declaração, inviabiliza o conhecimento da matéria na instância extraordinária, por falta de prequestionamento. Incidência das Súmulas n. 211 do STJ e 282 do STF.

4. Aplica-se a Súmula n. 7 do STJ ao caso em que o acolhimento da tese defendida no recurso especial relativa à urgência do atendimento reclamar a análise dos elementos probatórios produzidos ao longo da demanda.

5. O reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde é admitido nos limites das obrigações contratuais e nos casos de urgência ou de 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).

6. Evidenciadas a urgência do tratamento e a recusa abusiva da operadora do plano de saúde, inviabilizando o atendimento na rede credenciada, é devido o reembolso das despesas feitas pelo segurado.

7. Aplica-se a Súmula n. 7 do STJ quando o acolhimento da tese defendida no recurso especial relativa aos danos morais reclamar a análise dos elementos probatórios produzidos ao longo da demanda.

8. A revisão pelo STJ da indenização arbitrada a título de danos morais exige que o valor tenha sido irrisório ou exorbitante, fora dos padrões de razoabilidade.

9. A incidência de óbices sumulares quanto à interposição pela alínea *a* do permissivo constitucional impede o conhecimento do recurso especial pela divergência jurisprudencial sobre a mesma questão.

10. Agravo interno desprovido.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo interno interposto por NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A. contra julgado da Presidência que, com amparo no art. 21-E, V, c/c o art. 253, parágrafo único, I, do Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça, não conheceu do agravo em razão da aplicação analógica da Súmula n. 182 do STJ.

Nas razões do presente recurso, o agravante sustenta que o recurso especial preenche todos os requisitos para sua admissibilidade, tendo refutado todos os fundamentos da decisão que inadmitiu o recurso especial.

Requer, assim, seja a decisão reconsiderada para que do recurso especial se conheça para ser provido.

Pede também pela habilitação da advogada Fabiana de Souza Fernandes (OAB/SP n. 185.470) para que também tenha acesso aos autos.

Contrarrazões não apresentadas (fl. 974).

É o relatório.

VOTO

Razão assiste à parte agravante quanto à inaplicabilidade da Súmula n. 182 do STJ, de modo que a decisão de fls. 948-949 deve ser reconsiderada.

Procedo, pois, a novo exame de admissibilidade do recurso especial.

Em nova análise, contudo, a irresignação do apelo nobre não reúne condições de prosperar.

O recurso especial foi interposto por NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A. com fundamento no art. 105, III, *a* e *c*, da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo em apelação nos autos de ação de obrigação de fazer c/c danos morais.

O julgado foi assim ementado (fl. 732):

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. DANOS MORAIS. Sentença de parcial procedência. Recursos do autor e da ré. Documentos que acompanham a inicial revelam que o procedimento recomendado ao autor era de urgência. Impossibilidade de aplicação de carência contratual superior a 24 horas para os casos de emergência e/ou urgência. Aplicação da Súmula 103 deste E. Tribunal de Justiça. Reembolso integral devido em face da abusividade da negativa de cobertura. Autor que experimentou angústia quanto à possibilidade da continuidade de seu tratamento, o que resultou em temor de perda da

visão. Precedente desta Câmara. Valor fixado (R\$15.000,00) que não se mostra exorbitante e está adequado ao dano sofrido, sem provocar enriquecimento ilícito e suficiente para impedir a reincidência. **RECURSO DO AUTOR PROVIDO E DA RÉNÃO PROVIDO.**

Opostos embargos de declaração foram rejeitados.

Nas razões do recurso especial, a parte recorrente aponta violação dos arts. 11, 12, V, *b*, e 35-C, I e II, da Lei n. 9.656/1998 e 104 e 113 do CC.

Afirma que o contrato de plano de saúde celebrado representa um negócio jurídico perfeito, que faz lei entre as partes; assim, não há fundamentação legal que justifique a declaração de nulidade de cláusula contratual por ser abusiva.

Argumenta que, assegurada a validade da cláusula contratual de carência e de cobertura parcial e temporária, teria o acórdão de origem violado o art. 12, V, *b*, da Lei n. 9.656/1998.

Defende que a cláusula de cobertura parcial temporária e sua vigência seriam razoáveis para a manutenção do contrato, diante da previsão do prazo de 24 meses para utilização de tratamentos de doenças preexistentes, como no caso.

Sustenta que as cláusulas contratuais de cobertura parcial e temporária e de carência apenas serão afastadas em caso de urgência e de emergência, conforme o art. 35-C da Lei n. 9.656/1998 – não sendo essa a hipótese dos autos, visto que não havia risco de morte ou de lesão irreparável, pois a parte agravada já estava em tratamento há 4 anos –, devendo ser respeitadas.

Alega violação do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, já que não pode ser obrigada a custear as despesas decorrentes da internação hospitalar do autor, tendo em vista a ausência de cobertura contratual e a regularidade da negativa.

Ressalta que, embora seja o hospital credenciado da operadora, o plano de saúde contratado pelo beneficiário não disponibilizava a cobertura do

procedimento naquela unidade hospitalar, tendo sido oferecida a transferência para a unidade credenciada na qual ele tinha direito de atendimento, devendo ser o reembolso nos limites do contrato.

Aduz ofensa aos arts. 186, 884, 927 e 944 do CC pela ausência de ato ilícito que justifique o dano moral indenizável. Destaca que não houve comprovação de dano ou abalo moral superior ao mero aborrecimento cotidiano.

Pondera que, em caso de manutenção da condenação por dano moral, o valor deve ser reduzido para que não ocorra o enriquecimento ilícito da parte recorrida, pois o montante de R\$ 15 mil é desproporcional.

Indica divergência jurisprudencial em relação às teses apresentadas.

Requer o provimento do recurso especial para que seja julgado improcedente o pedido inicial.

Todavia, da análise dos autos, verifica-se que o recurso não merece prosperar.

I - Arts. 11, 12, V, b, e 35-C, I e II, da Lei n. 9.656/1998

A Corte *a quo*, baseada nas premissas fáticas dos autos, manteve a sentença quanto à abusividade da negativa de cobertura de procedimento de urgência em período de cobertura parcial temporária, devido ao agravamento de doença preexistente. Confirma-se trecho do acórdão da apelação (fls. 734-735, destaquei):

Da narrativa inicial, extrai-se que o autor foi diagnosticado com Retinopatia Diabética Proliferativa, com redução acentuada da acuidade visual, com piora do quadro e o surgimento de edema macular diabético nos dois olhos – **circunstância considerada gravíssima com risco de perda da visão.**

Diante do quadro do paciente, o médico assistente solicitou inicialmente o tratamento com anti-VEGF (Lucentis), consistente em três injeções de intervalo mensal, associadas com foto coagulação a laser em quatro sessões, **ressaltando que a demora na realização poderia fazer a condição do autor à perda da visão.**

Pois bem, a demora no procedimento fez o quadro se agravar e o tratamento

prescrito se tornar inócuo, sendo necessárias cirurgias oftalmológica. Diante da urgência e da demora na solução, a primeira delas foi diretamente custeada pelo requerente.

Nota-se, **pelos relatórios juntados, que a doença pré-existente do beneficiário do plano se agravou e passou a configurar urgência e o risco de perda da visão** se tornou cada vez mais efetivo.

[...]

O autor figura como beneficiário de plano de saúde administrado pela requerida, contudo, tendo sido diagnosticado com edema macular diabético nos dois olhos, exigindo a imediata realização de procedimento e posteriormente cirurgia, recebeu recusa de cobertura em razão da alegação de carência contratual.

Desse modo, **a negativa de cobertura restou abusiva, a teor do disposto no artigo 35-C, I, da Lei n. 9.656/98**, que excepciona a regra da carência, ao impor a obrigatoriedade do atendimento nos casos de emergência ou urgência:

O entendimento do STJ é que "o prazo de carência estabelecido em contrato de plano de saúde, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, não prevalece nos casos de urgência ou emergência" (AgInt no AREsp n. 1.859.833/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 20/9/2021, DJe de 22/9/2021).

Além do precedente já mencionado, veja-se o seguinte:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. OMISSÃO. INEXISTÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. DOENÇA PREEXISTENTE. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. CARÊNCIA NÃO APLICÁVEL. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. Se as questões trazidas à discussão foram dirimidas, pelo Tribunal de origem, de forma suficientemente ampla, fundamentada e sem omissões, deve ser afastada a alegada violação aos arts. 489, § 1º, IV, e 1.022 do Código de Processo Civil de 2015.

2. O prazo de carência estabelecido em contrato de plano de saúde, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, não prevalece nos casos de urgência ou emergência.

3. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 2.078.366/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 27/3/2023, DJe de 31/3/2023.)

Assim, a Corte estadual, ao concluir ser abusiva a negativa de cobertura do tratamento do autor com base na preexistência de doença e em cláusula de período de carência, tendo em vista a demonstração inequívoca da urgência em razão do agravamento da doença, adotou entendimento em consonância com a jurisprudência do STJ, razão pela qual se impõe a aplicação do óbice da Súmula n.

83 do STJ a esse ponto.

Rever a conclusão acerca da urgência do procedimento devido ao agravamento da doença preexistente, que poderia ocasionar a perda da visão dos dois olhos do recorrido, demandaria, necessariamente, o revolvimento do conjunto fático-probatório dos autos, o que encontra óbice na Súmula n. 7 do STJ.

A propósito:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA DA PARTE DEMANDADA.

1. A ausência de enfrentamento da matéria objeto da controvérsia pelo Tribunal de origem impede o acesso à instância especial, porquanto não preenchido o requisito constitucional do prequestionamento. Incidência da Súmula 282/STF.

2. Nos termos da jurisprudência desta Corte Superior, o período de carência do plano de saúde não pode ser oposto ao contratante para a negativa de cobertura, nos casos em que constatada a necessidade de atendimento de urgência e emergência, como restou comprovado no caso dos autos. Súmula 83/STJ.

2.1. A revisão da conclusão do acórdão recorrido, acerca do caráter de urgência/emergência do procedimento médico a que foi submetido a segurado, demandaria, inevitavelmente, o exame do contexto fático-probatório dos autos, atraindo o óbice da Súmula 7/STJ.

3. Rever a conclusão do Tribunal de origem, acerca do dever de reparação civil do dano moral, bem como, da adequação do valor da indenização, exige a incursão na seara probatória dos autos, o que não é permitido nesta instância especial, nos termos da Súmula 7 do STJ.

4. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp n. 2.550.918/PE, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 24/6/2024, DJe de 26/6/2024, destaquei.)

II - Arts. 104 e 113 do CC

A questão referente à violação dos artigos acima não foi objeto de debate no acórdão recorrido, tampouco no aresto que julgou os embargos de declaração – caso de aplicação das Súmulas n. 282 do STF e 211 do STJ.

Ressalte-se que, nessa hipótese, para viabilizar o conhecimento do recurso especial, caberia à parte recorrente alegar ofensa ao art. 1.022 do CPC, o que não ocorreu.

III - Art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998

Colhe-se dos autos que a parte, inicialmente, pleiteou a cobertura de três injeções de intervalo mensal, associadas com fotocoagulação a laser em quatro sessões, cuja cobertura foi recusada pelo plano de saúde por estar incluído o tratamento na cobertura parcial temporária decorrente de doença preexistente, ainda que tenha sido demonstrada a urgência.

Antes da citação, houve a emenda da inicial, em que a parte relatou a perda da eficácia do tratamento diante do agravamento do caso, sendo necessária cirurgia oftalmológica.

O acórdão recorrido reformou a sentença, que havia fixado o reembolso nos limites do contrato das despesas referentes aos custos suportados pelo autor para realização do procedimento cirúrgico de urgência.

Ressaltou o Tribunal que, no caso, a doença preexistente se agravara e o tratamento passara a ser considerado de urgência ante o risco de perda da visão dos dois olhos do beneficiário, prescrevendo, inicialmente, o tratamento com injeções – anti-VEGF (Lucentis), associadas à fotocoagulação a laser. No entanto, a demora do plano em autorizar esse primeiro procedimento de urgência prescrito tornou sua realização inócua ante o agravamento da doença, sendo necessária a realização de cirurgias, tendo sido a primeira custeada pelo autor, considerando a urgência e a demora na autorização, além do risco de perda da visão.

A Corte *a quo* destacou também que o beneficiário fora obrigado a custear a primeira cirurgia de urgência fora da rede credenciada, ante a recusa abusiva do plano em fornecer o tratamento necessário à preservação da visão, devendo a restituição dos valores comprovadamente despendidos ser integral.

Observe-se (fls. 734-736):

Diante do quadro do paciente, o médico assistente solicitou **inicialmente o tratamento com anti-VEGF (Lucentis), consistente em três injeções de intervalo mensal, associadas com foto coagulação a laser em quatro sessões, ressaltando que a demora na realização poderia fazer a condição do autor à perda da visão.**

Pois bem, **a demora no procedimento fez o quadro se agravar e o tratamento prescrito se tornar inócuo, sendo necessárias cirurgias oftalmológica.** Diante da urgência e da demora na solução, a primeira delas foi diretamente custeada pelo requerente.

Nota-se, pelos relatórios juntados, que **a doença pré-existente do beneficiário do plano se agravou e passou a configurar urgência e o risco de perda da visão se tornou cada vez mais efetivo.**

[...]

E mais, **a demora na liberação do primeiro procedimento solicitado levou ao agravamento da situação com necessidade cirúrgica e, diante da urgência e da impossibilidade de realizar a intervenção na rede credenciada, o paciente optou por pagar a primeira operação.** A limitação do reembolso aos termos do contrato é devida quando, havendo a oferta do serviço dentro da rede credenciada, o beneficiário opta pela prestação em rede externa, situação diferente da constatada nos autos. **O que ocorreu foi o pagamento de procedimento indispensável a preservação da visão do autor após a recusa abusiva do plano ao fornecimento.** Logo, indispensável a restituição integral dos valores comprovadamente dispendidos.

Segundo a jurisprudência do STJ, "nos termos do artigo 12, inciso VI, da Lei 9.656/98, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde somente é admitido 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, entre outros), e nos limites da relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto" (AgInt no AREsp n. 1.934.900/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 3/10/2022, DJe de 7/10/2022).

No entanto, como visto, o acórdão recorrido, ao condenar o plano de saúde ao reembolso integral das despesas referentes ao tratamento em questão, amparou-se nas razões seguintes: a incontroversa urgência do tratamento, inicialmente negado ao argumento do cumprimento de prazo de carência decorrente de cobertura parcial temporária de doença preexistente; o agravamento

do quadro de saúde, que tornou inócuo o fornecimento das injeções; e a urgência na realização de cirurgia, cuja demora levou à necessária busca de atendimento fora da rede credenciada.

Em tal contexto, a circunstância peculiar e excepcional apontada pelas instâncias originárias de recusa de tratamento de urgência prescrito pelo médico assistente, o que ensejou o agravamento do quadro de saúde da parte autora, levando à configuração de nova situação de urgência, faz com que o caso em análise difira daquele objeto da orientação jurisprudencial sobre o reembolso nos limites do contrato.

A circunstância dos autos evidenciou situação excepcional de negativa de cobertura abusiva de tratamento de urgência, a ensejar o direito ao reembolso integral das despesas decorrentes da primeira cirurgia, tendo em vista que a cirurgia custeada pelo autor foi realizada fora da rede credenciada em razão da demora do plano em autorizar o tratamento de urgência, que se tornou inócuo, sendo necessária a cirurgia para evitar a perda da visão, o que levou a parte a custear o procedimento.

Dessa forma, deve ser mantido o acórdão de origem quanto ao reembolso integral, pois o entendimento adotado não diverge da jurisprudência desta Corte, o que atrai o óbice da Súmula n. 83 do STJ.

Nesse sentido:

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.

1. Ação declaratória de obrigação de fazer ajuizada em 24/08/2021, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 22/03/2022 e concluso ao gabinete em 19/10/2022.

2. O propósito recursal é decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a validade da cláusula de coparticipação do beneficiário após o 30º dia de internação psiquiátrica fora da rede credenciada; (iii) a obrigação da operadora de reembolsar integralmente as despesas com internação psiquiátrica fora da rede credenciada; e (iv) a validade e a proporcionalidade das astreintes fixadas.

3. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados impede o conhecimento do recurso especial (súm. 282/STF).

4. 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.

5. Diferentemente da hipótese do Tema 1.032/STJ, não há falar em coparticipação quando é o próprio usuário quem está arcando com as despesas de internação psiquiátrica fora da rede credenciada, ante a inércia da operadora em indicar o profissional assistente.

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.

7. Hipótese em que, seja pelo cumprimento da obrigação de fazer pela operadora, seja pelo deferimento do pagamento de reembolso integral (obrigação de pagar), deve ser afastada a multa arbitrada.

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.) (grifo acrescido)

[...]

5. 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.

5.1. A Corte local condenou a empresa agravante ao reembolso integral das despesas médicas, ante sua recusa indevida à cobertura médica.

[...]

10. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 2.460.792/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 17/6/2024, DJe de 20/6/2024, destaquei.)

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. APRECIÇÃO DE TODAS AS QUESTÕES RELEVANTES DA LIDE PELO TRIBUNAL DE ORIGEM. AUSÊNCIA DE AFRONTA AO ART. 1.022 DO CPC/2015. FALTA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULAS N. 282 DO STF e 211 DO STJ. PLANO DE SAÚDE. ROL TAXATIVO. COBERTURA EXCEPCIONAL. POSSIBILIDADE. ANÁLISE DOS CRITÉRIOS. REEXAME DE FATOS E PROVAS. DESPESAS MÉDICAS. INADIMPLENTO. REEMBOLSO INTEGRAL. ACÓRDÃO RECORRIDO CONFORME À JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR. SÚMULA N. 83/STJ. HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS. BASE DE CÁLCULO. CUSTEIO. EXCLUSÃO. IMPOSSIBILIDADE. JURISPRUDÊNCIA DA SEGUNDA SEÇÃO DO STJ. VERBA HONORÁRIA. VALOR. PARÂMETROS DO ART. 85, § 2º, DO CPC/2015. REVISÃO. DESCABIMENTO. SÚMULA N. 7/STJ. DECISÃO MANTIDA.

[...]

5. 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.

5.1. A Corte local condenou a empresa agravante ao reembolso integral das despesas médicas, ante sua recusa indevida à cobertura médica.

6. Inadmissível o recurso especial quando o entendimento adotado pelo Tribunal de origem coincide com a jurisprudência do STJ (Súmula n. 83/STJ).

[...]

10. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 2.460.792/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 17/6/2024, DJe de 20/6/2024, destaquei.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. OMISSÃO. INEXISTÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. RECUSA INDEVIDA DE TRATAMENTO MÉDICO. URGÊNCIA. REEMBOLSO INTEGRAL. AFASTAMENTO DA TABELA. SÚMULA 83/STJ. REVISÃO. SÚMULAS 5 E 7/STJ. DANO MORAL CONFIGURADO. REEXAME. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

[...]

2. A restituição das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitida somente em hipóteses excepcionais, observada a tabela praticada no mercado. **Contudo, em caso de inexecução contratual, será devido o reembolso integral.**

[...]

6. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp n. 2.555.327/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 10/6/2024, DJe de 13/6/2024, destaquei.)

Ademais, a questão referente à oferta de transferência do beneficiário para hospital da rede credenciada não foi objeto de análise do acórdão recorrido

IV - Arts. 186, 884, 927 e 944 do CC

Registre-se que, na sentença, o Juízo de primeiro grau (fls. 572-573) condenou a operadora do plano de saúde a indenizar a parte autora por danos morais (R\$ 15 mil) em decorrência da negativa de cobertura de tratamento em caráter de urgência durante o período de carência, o que ultrapassara o limite do aceitável e violara os direitos da personalidade da parte autora.

O Juízo singular considerou também que, diante das peculiaridades do caso concreto – extensão do dano, condições socioeconômicas e culturais das partes, condições psicológicas e grau de culpa dos envolvidos –, o valor de R\$ 15 mil seria razoável e proporcional (fl. 573).

A Corte *a quo* manteve a sentença e ressaltou a angústia sofrida pelo autor por temor da perda da visão ante a dúvida sobre a continuidade do tratamento. Manteve também o valor fixado na sentença, por considerar razoável e proporcional às peculiaridades do caso. Veja-se trecho do acórdão da apelação (fls. 736-737, destaquei):

O autor experimentou angústia quanto à possibilidade da continuidade de seu tratamento o que resultou temor da perda da visão. Assim correta a análise do juízo de primeiro grau que condenou a ré a pagar ao autor indenização por danos morais.

[...]

Quanto ao valor dos danos morais, é certo que o montante indenizatório deve ser “nem tão grande que se converta em fonte de enriquecimento, nem tão pequena que se torne inexpressiva” (Caio Mario da Silva Pereira, in Responsabilidade Civil, 2ª ed. Forense, 1990, p. 67).

A fixação do valor da indenização se presta a cumprir dupla função: compensar a vítima pela dor experimentada e desestimular a reiteração da conduta lesiva.

Por se tratar de dano imaterial, não há critérios objetivos a serem utilizados na mensuração dos valores, que devem ser arbitrados. Porém, o magistrado, ao proceder a análise do caso concreto, deve cuidar para que a indenização, mesmo não dando causa ao enriquecimento ilícito, sirva para coibir a reiteração da conduta lesiva.

Ante as peculiaridades do caso em comento, mostra-se razoável a fixação de acordo com o entendimento do juiz de primeiro grau, não se mostrando exorbitante e sim adequado ao dano sofrido, sem provocar enriquecimento ilícito e suficiente para impedir a reincidência.

Oportuno destacar que a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça firmou-se no sentido de que não é abusiva a cláusula contratual que prevê prazo de carência para os serviços prestados pelo plano de saúde. No entanto, configura abusividade a negativa de fornecimento de assistência médica em casos de urgência ou de emergência durante o período de carência, sendo injusta a recusa da operadora.

Nesse sentido: AgInt no AREsp n. 1.994.842/AP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 13/6/2022, DJe de 21/6/2022; AgInt no AREsp n. 1.942.424/PE, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva,

Terceira Turma, julgado em 6/6/2022, DJe de 10/6/2022.

Esta Corte também já firmou o entendimento de que a "recusa indevida de cobertura de procedimento médico urgente extrapola o mero inadimplemento contratual por atingir direito da personalidade do usuário, ensejando a condenação da operadora ao pagamento de indenização por danos morais" (AgInt no AREsp n. 2.511.818/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 17/6/2024, DJe de 21/6/2024.)

No mesmo sentido: AgInt no AREsp n. 2.429.782/RJ, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 15/4/2024, DJe de 19/4/2024; AgInt no REsp n. 2.072.114/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 4/3/2024, DJe de 7/3/2024; e AgInt no REsp n. 2.085.848/SP, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 20/5/2024, DJe de 22/5/2024.

Nesse contexto, para rever o entendimento adotado na origem de que, conforme as peculiaridades do caso concreto, ficou configurada a existência de dano moral indenizável por ser abusiva a negativa de cobertura de tratamento de urgência em período de carência, seria necessário reexame fático-probatório, o que é incabível em recurso especial, ante a incidência da Súmula n. 7 do STJ.

Ademais, o valor fixado pela instância ordinária a título de indenização por danos morais só é passível de revisão se for irrisório ou exorbitante, distanciando-se da devida prestação jurisdicional no caso concreto.

Na espécie, a instância ordinária, apreciando o conjunto fático-probatório dos autos, concluiu que, na fixação do *quantum* indenizatório em R\$ 15 mil, houve moderação, visto que não concorreu para o enriquecimento indevido do autor e

porque foi observada a proporcionalidade entre a extensão do dano, condições socioeconômicas e culturais das partes, condições psicológicas e grau de culpa dos envolvidos.

Assim, uma vez não demonstrada a excepcionalidade capaz de ensejar revisão pelo STJ, o conhecimento do recurso especial implicaria reexame de questões fático-probatórias presentes nos autos, o que é inviável, conforme o enunciado da Súmula n. 7 desta Corte

V - Do dissídio jurisprudencial

No tocante ao apontado dissídio, ressalte-se que a incidência dos óbices sumulares processuais quanto à interposição pela alínea *a* do permissivo constitucional impede o conhecimento do recurso especial pela divergência jurisprudencial sobre a mesma questão.

A propósito: AgInt no REsp n. 1.900.682/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 29/3/2021, DJe de 6/4/2021; AgInt no REsp n. 2.054.387/RJ, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 21/8/2023, DJe de 23/8/2023; e AgInt no REsp n. 1.647.724/RN, relator Ministro Benedito Gonçalves, Primeira Turma, julgado em 7/6/2018, DJe de 15/6/2018.

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

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

AgInt no AREsp 2.589.825 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2024/0085347-0

Número de Origem:
10142071220228260003

Sessão Virtual de 17/09/2024 a 23/09/2024

Relator do AgInt

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 : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.

ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377

AGRAVADO : MAURICIO VIEIRA MAGALHAES

ADVOGADO : ROMAO CÂNDIDO DA SILVA - SP091555

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

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.

ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377

AGRAVADO : MAURICIO VIEIRA MAGALHAES

ADVOGADO : ROMAO CÂNDIDO DA SILVA - SP091555

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 17/09/2024 a 23/09/2024, 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, 23 de setembro de 2024