



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2797639 - PE (2024/0424896-0)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
AGRAVANTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
ANTONIO DE MORAES DOURADO NETO - PE023255
LEONARDO MENDES MEMORIA - DF036838
AGRAVADO : NATHALY NUNES BANDEIRA DE MELO
ADVOGADO : VALDIR SANTOS ARAUJO FERREIRA - PE002050

EMENTA

CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE CUSTEIO DE TRATAMENTO. ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA (EMT). TAXATIVIDADE DO ROL DA ANS. DESIMPORTÂNCIA. DESÍDIA DA OPERADORA EM INDICAR ESTABELECIMENTO CREDENCIADO APTO A PRESTAR O TRATAMENTO URGENTE. REEMBOLSO DEVIDO. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. "Em 22/09/2022, entrou em vigor a Lei 14.454/2022, que reafirmou a natureza exemplificativa do rol da ANS, estabelecendo, no § 13 do art. 10 da Lei 9.656/1998, as condições para a cobertura obrigatória, pelas operadoras de planos de saúde, de procedimentos e eventos não listados naquele rol, a saber: I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais." Precedentes.

2. De acordo com a jurisprudência desta Corte Superior, a não indicação, pela operadora, de prestador credenciado que esteja apto a realizar o atendimento /tratamento urgente, autoriza o reembolso das despesas suportadas pelo paciente.

3. Agravo interno desprovido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 13/05/2025 a 19/05/2025, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros João Otávio de Noronha, 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, 22 de maio de 2025.

Ministro RAUL ARAÚJO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2797639 - PE (2024/0424896-0)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
AGRAVANTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
ANTONIO DE MORAES DOURADO NETO - PE023255
LEONARDO MENDES MEMORIA - DF036838
AGRAVADO : NATHALY NUNES BANDEIRA DE MELO
ADVOGADO : VALDIR SANTOS ARAUJO FERREIRA - PE002050

EMENTA

CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE CUSTEIO DE TRATAMENTO. ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA (EMT). TAXATIVIDADE DO ROL DA ANS. DESIMPORTÂNCIA. DESÍDIA DA OPERADORA EM INDICAR ESTABELECIMENTO CREDENCIADO APTO A PRESTAR O TRATAMENTO URGENTE. REEMBOLSO DEVIDO. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. "Em 22/09/2022, entrou em vigor a Lei 14.454/2022, que reafirmou a natureza exemplificativa do rol da ANS, estabelecendo, no § 13 do art. 10 da Lei 9.656/1998, as condições para a cobertura obrigatória, pelas operadoras de planos de saúde, de procedimentos e eventos não listados naquele rol, a saber: I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais." Precedentes.

2. De acordo com a jurisprudência desta Corte Superior, a não indicação, pela operadora, de prestador credenciado que esteja apto a realizar o atendimento /tratamento urgente, autoriza o reembolso das despesas suportadas pelo paciente.

3. Agravo interno desprovido.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo interno interposto por AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A contra decisão monocrática proferida por esta Relatoria (e-STJ, fls. 1515/1523), que negou provimento a seu apelo nobre.

A parte agravante, em suas razões recursais, sustenta, em síntese, que a decisão merece reconsideração, ante o caráter taxativo do rol da ANS e a omissão do acórdão estadual quanto à limitação do reembolso devido.

Requer a reconsideração da decisão ou sua reforma pela Turma julgadora.

Devidamente intimada, a parte agravada apresentou impugnação (e-STJ, fls. 1550 /1568).

É o relatório.

VOTO

O inconformismo não merece acolhimento.

Pois bem, consoante consignado na decisão ora recorrida, a parte recorrente alega, além de dissídio jurisprudencial, ofensa aos arts. 1.022, II, do Código de Processo Civil; e 10, § 4º, e 12, VI, ambos da Lei 9.656/98.

Sustenta, em síntese, que não há obrigatoriedade na cobertura de procedimentos que não constam no rol da ANS, como é o caso da Estimulação Magnética Transcraniana (EMT).

Por fim, defendeu que, em caso de determinação de reembolso dos valores despendidos pela segurada, estes devem ser limitados aos valores estabelecidos em contrato ou pela tabela de honorários médicos, consoante previsão legal.

Inicialmente, quanto à violação do art. 1.022, II, do CPC, esclarece-se que não houve ofensa ao citado dispositivo, uma vez que o acórdão analisou a questão essencial ao deslinde da controvérsia e está fundamentado nas circunstâncias inerentes aos autos.

É indevido conjecturar-se a existência de omissão, obscuridade ou contradição no julgado apenas porque decidido em desconformidade com os interesses da parte. É possível notar que o **decisum** recorrido expressamente se pronunciou a respeito da ausência de previsão do tratamento indicando no rol da ANS, bem como da necessidade de reembolso integral, por parte do plano de saúde, litteris (1327-1330):

*"Embora a seguradora assinale que o procedimento não consta na lista de cobertura obrigatória da ANS, **tal fato afigura-se irrelevante**, considerando que o mencionado rol contém apenas a referência para cobertura assistencial mínima nos planos de saúde contratados em território nacional, funcionando como mero orientador dos serviços básicos a serem disponibilizados.
(...)*

*Destarte, ante a desídia da seguradora em comprovar a existência de corpo técnico habilitado, em sua rede credenciada, para a realização do tratamento, considerando tratar-se de terapêutica que demanda condições específicas para sua execução, conforme art. 3º da Resolução 1.986/2012 do CFM[9], entendo que o procedimento deve ter sua continuidade preservada na clínica onde vem **sendo operacionalizado, com o custeio integral pela Amil, com fulcro no art. 4º da Resolução 566/2022 ANS [10].**"*

Dessa forma, o Tribunal estadual dirimiu as questões pertinentes ao litígio de forma suficientemente ampla, clara e fundamentada, motivo pelo qual não se verifica a ofensa ao art. 1.022, II, do CPC/2015. Nesse sentido:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR. CIRURGIA ORTOGNÁTICA. CIRURGIÕES DENTISTAS. RESPONSABILIDADE CIVIL. AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO DOS FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO RECORRIDO. SÚMULA N. 283/STF. CULPA DE TERCEIRO. NÃO COMPROVAÇÃO. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS.

INADMISSIBILIDADE. SÚMULA N. 7 DO STJ. DANOS MORAIS. 'QUANTUM' INDENIZATÓRIO. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICOPROBATÓRIO DOS AUTOS. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA N. 7 DO STJ. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. NÃO DEMONSTRAÇÃO. AUSÊNCIA DE MANDATO. FALTA DE PREQUESTIONAMENTO. DECISÃO MANTIDA.

1. Inexiste afronta aos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015 quando a Corte local pronunciou-se, de forma clara e suficiente, acerca das questões suscitadas nos autos, manifestando-se sobre todos os argumentos que, em tese, poderiam infirmar a conclusão adotada pelo Juízo.

(...)

9. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp n. 2.195.469/MG, relator Ministro **ANTONIO CARLOS FERREIRA**, Quarta Turma, julgado em 29/5/2023, DJe de 3/7/2023.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. DECISÃO DA PRESIDÊNCIA. RECONSIDERAÇÃO. COTEJO ANALÍTICO NÃO REALIZADO. DEFICIÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO. SÚMULA 284/STF. DENÚNCIAÇÃO À LIDE. NÃO OBRIGATORIEDADE. SÚMULA 83/STJ. COMPRA E VENDA. RESTITUIÇÃO AO STATUS QUO. SÚMULA 83/STJ. OFENSA AOS ARTS. 489 E 1.022 DO CPC NÃO VERIFICADA. AGRAVO INTERNO PROVIDO. AGRAVO CONHECIDO PARA CONHECER EM PARTE DO RECURSO ESPECIAL E, NESSA EXTENSÃO, NEGAR-LHE PROVIMENTO.

1. Decisão agravada reconsiderada. Novo exame do feito.

2. A parte não procedeu ao necessário cotejo analítico, uma vez que falhou em demonstrar a similitude fático-jurídica dos casos, pois a simples transcrição de ementa não é suficiente para suprir esse requisito.

3. A mera citação de dispositivo legal, sem a expressa indicação e demonstração de ofensa, atrai a incidência da Súmula 284/STF: "É inadmissível o recurso extraordinário, quando a deficiência na sua fundamentação não permitir a exata compreensão da controvérsia."

4. O Código de Processo Civil de 2015 não prevê a obrigatoriedade da denúncia da lide em nenhuma de suas hipóteses. Ao contrário, assegura o exercício do direito de regresso por ação autônoma quando indeferida, não promovida ou proibida. Incidência da Súmula 83/STJ.

5. Resolvido o contrato de promessa de compra e venda de imóvel por inadimplemento do vendedor, é cabível a restituição das partes ao status quo ante, com a devolução integral dos valores pagos pelo comprador. Incidência da Súmula 83/STJ.

6. O Tribunal de origem se manifestou de forma fundamentada sobre os tópicos que considerou pertinentes para a resolução da lide, de forma que não há que se falar em ofensa aos arts. 489, § 1º, IV e § 3º, e 1.022, I, II e III, do CPC/2015.

7. Agravo interno provido para, em nova decisão, conhecer do agravo a fim de conhecer em parte do recurso especial e, nessa extensão, negar-lhe provimento.

(AgInt no AREsp n. 2.278.439/SP, relator Ministro **RAUL ARAÚJO**, Quarta Turma, julgado em 22/5/2023, DJe de 25/5/2023.)

Adiante, cinge-se a pretensão recursal à verificação do dever de cobertura de tratamento médico de sessões de Estimulação Magnética Transcraniana (EMT), pelo plano de saúde, a paciente diagnosticada com depressão grave (CID-10, F32-2).

No caso, as instâncias ordinárias entenderam pelo dever de cobertura do tratamento indicado pelo médico que assiste a beneficiária, determinando, ao final, que a operadora recorrente procedesse ao reembolso integral das despesas despendidas em rede particular. Leia-se, a propósito, o seguinte trecho do v. acórdão (e-STJ, fls. 1326/1330):

"No caso sob exame fora prescrito à Autora, diagnosticada com depressão grave (CID-10, F32- 2), o tratamento de Estimulação Magnética Transcraniana (EMT), conforme laudo médico de ID 132650071, ante o insucesso da terapia medicamentosa já ministrada.

Embora a seguradora assinale que o procedimento não consta na lista de cobertura obrigatória da ANS, tal fato afigura-se irrelevante, considerando que o mencionado rol contém apenas a referência para cobertura assistencial mínima nos planos de saúde contratados em território nacional, funcionando como mero orientador dos serviços básicos a serem disponibilizados.

A questão fora referendada pelo legislador com a alteração do art. 10 da Lei 9.656/98, incluindo-se os §§ 12 e 13 a tal norma, aprovados pela Lei 14.454 /2022, pondo fim, inclusive, ao entrave jurisprudencial existente no c. STJ sobre a matéria (EREsp 1.886.929/SP e EREsp 1.889.704/SP).

Colha-se o teor da citada legislação:

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

(...)

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais. (g. n)

Na hipótese em apreço, além dos laudos médicos indicando a gravidade do quadro mental da Autora, inclusive com potencial risco de suicídio (ID 31057131), o próprio Conselho Federal de Medicina, através da Resolução 1686/2012[4], bem como a Associação Médica Brasileira, por meio da Resolução 13/2013[5], reconhecem a Estimulação Magnética Transcraniana como terapêutica válida para os casos de depressão uni e bipolar, tal como a que acomete a segurada, existindo bases sólidas acerca da eficácia científica do método, o que corrobora a observância da mencionada legislação e a insubsistência da não autorização do custeio da terapêutica sob tal argumento.

As seguradoras podem estabelecer para quais doenças oferecerão cobertura, não lhes cabendo limitar o tipo de tratamento que será prescrito ou o número de sessões, incumbência esta que compete exclusivamente ao médico do paciente, profissional habilitado para tanto.

(...)

Demonstrada a abusividade/ilegalidade da negativa de custeio perpetrada pela seguradora, nos termos do art. 51, IV e XV do CDC[6], vez que inexistente previsão contratual vedando a cobertura da enfermidade da qual a segurada é acometida, o que impede, por conseguinte, a falta de amparo à respectiva terapêutica indicada para tratar a patologia, entendo que a situação vivenciada pela Autora, portadora de transtorno mental grave, extrapolou o mero

aborrecimento, proporcionando angústia e sofrimento, a quem já se encontrava deveras fragilizada, cabendo a reparação de ordem moral, em consonância ao disposto na Súmula 35/TJPE[7].

Neste ponto, destaco restar defeso a esta Relatoria analisar o montante arbitrado a título reparatório pelo julgador primevo (R\$ 5.000,00), já que a Amil não se insurgira contra tal tópico.

Por fim, e analisando as razões do apelo da Autora, há de se verificar a existência de rede credenciada apta a execução do procedimento.

Após o deferimento da tutela de urgência, a Amil juntou ao feito rede credenciada com indicação, genérica, da especialidade psiquiatria (ID 133976128 e 133976129).

Em resposta (ID 134537345), a Autora assinala a ausência de prova da capacidade técnica dos prestadores ali indicados para execução do procedimento, bem como que, ao contatar tais profissionais, fora informada que nenhum deles realiza o tratamento ambulatorial de Estimulação Magnética Transcraniana.

Em sua contestação (ID 135361666) a Ré limita-se a reiterar a existência de rede credenciada, apresentando nova listagem de psiquiatras conveniados (ID's 135361668 e 135361669), sem enfrentar os argumentos ventilados pela Autora quanto à inexistência de profissional habilitado para realização do tratamento específico a ela prescrito, ônus que lhe incumbia, nos termos do art. 373, II do CPC[8].

Destarte, ante a desídia da seguradora em comprovar a existência de corpo técnico habilitado, em sua rede credenciada, para a realização do tratamento, considerando tratar-se de terapêutica que demanda condições específicas para sua execução, conforme art. 3º da Resolução 1.986/2012 do CFM[9], entendo que o procedimento deve ter sua continuidade preservada na clínica onde vem sendo operacionalizado, com o custeio integral pela Amil, com fulcro no art. 4º da Resolução 566/2022 ANS[10].[g.n]

O entendimento adotado pelo Tribunal a quo se encontra em consonância com a jurisprudência do STJ.

Além de a tese firmada nos EREsp 1.886.929/SP realmente admitir exceções, consoante fixado no debate do precedente vinculante e como bem anotado pelo Tribunal de origem, a solução engendrada pela Corte de segundo grau também se ajusta à Lei 14.454/2022, que admite a obrigatoriedade de custeio de procedimentos médicos fora do rol da ANS, observadas determinadas condições. Nesse sentido:

"PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO COMINATÓRIA CUMULADA COM COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA PROCEDIMENTO OU EVENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO SOBRE O TEMA. SUPERVENIÊNCIA DA LEI 14.454/2022. REEXAME DO CONTEXTO FÁTICO-PROBATÓRIO NESTA CORTE. IMPOSSIBILIDADE. RETORNO DOS AUTOS AO TRIBUNAL DE ORIGEM.

1. Ação cominatória cumulada com compensação por danos morais, em razão de negativa de custeio de cirurgia de implante de coração artificial, conhecida como "Berlin Heart".

2. A Segunda Seção, ao julgar o EREsp 1.889.704/SP e o EREsp 1.886.929/SP, estabeleceu a seguinte tese, com a ressalva do meu entendimento pessoal: 1 - o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo; 2 - a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra Rol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente,

pela ANS, a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como CONITEC e NATJUS) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.

3. Em 22/09/2022, entrou em vigor a Lei 14.454/2022, que reafirmou a natureza exemplificativa do rol da ANS, estabelecendo, no § 13 do art. 10 da Lei 9.656/1998, as condições para a cobertura obrigatória, pelas operadoras de planos de saúde, de procedimentos e eventos não listados naquele rol, a saber: I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

4. Em virtude do óbice da súmula 7/STJ - que impede a análise, por esta Corte, do contexto fático-probatório -, forçoso determinar o retorno do processo ao Tribunal de origem, a fim de que, a partir do reexame dos elementos dos autos, realize novo julgamento da apelação, considerando o precedente da Segunda Seção e a superveniência da Lei 14.454/2022.

5. Agravo interno no recurso especial não provido."

(AgInt no REsp n. 2.078.972/SP, Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 18/12/2023, DJe de 20/12/2023).

Quanto ao reembolso, insta pontuar que a Segunda Seção firmou entendimento de que "O reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento /atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a **inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento**" (EAREsp 1.459.849/ES, Relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Segunda Seção, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020).

Assim, consoante fundamentado pelo Tribunal de origem, houve desídia do plano de saúde recorrente em informar rede credenciada apta à realização do tratamento urgente indicado.

Nesse sentido, de acordo com a jurisprudência desta Corte Superior, a não indicação, pela operadora, de prestador credenciado que esteja apto a realizar o atendimento/tratamento urgente, autoriza o reembolso integral das despesas suportadas pelo paciente. Na mesma linha de intelecção:

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 INTERNACÃO. INÉRCIA DA OPERADORA EM INDICAR O PROFISSIONAL ASSISTENTE. TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA ÀS CUSTAS DO USUÁRIO. COPARTICIPACÃO INDEVIDA. REEMBOLSO INTEGRAL. CUMPRIMENTO DA ORDEM JUDICIAL. IMPOSIÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE PAGAR. AFASTAMENTO DA MULTA ARBITRADA. (...)

6. A partir da interpretação dada nela Segunda Seção ao art. 12. VI. da Lei 9.656/1998 e das normas editadas nela 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 nena, 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.)

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.

Hipótese: Controvérsia afeta à possibilidade de considerar cumprida a obrigação do plano de garantir acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos para atendimento das coberturas, na hipótese de indisponibilidade de prestador de serviço credenciado no município de abrangência do plano, quando existir nosocômio credenciado em município limítrofe.

1. Nos termos da Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS, em caso de indisponibilidade de prestador credenciado da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento, preferencialmente, no âmbito do mesmo município, ainda que por prestador não integrante da rede assistencial da operadora do plano de saúde, cujo pagamento se dará mediante acordo entre as partes (operadora do plano e prestador).

1.1 Somente em caso de inexistência de prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município é que será devido o atendimento em município limítrofe.

2. No caso, deixou a operadora de indicar profissional/nosocômio ante a proceder ao atendimento da autora no mesmo município de abrangência, bem como não autorizou o tratamento da demandante em prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município, de modo que abusiva a negativa de custeio.

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

(...)

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

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

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

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

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

9. Recurso especial conhecido e desprovido.

(REsp n. 1.840.515/CE, relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, julgado em 24/11/2020, DJe de 1/12/2020.)

Nesse diapasão, com fulcro nos fundamentos em epígrafe, não merece reforma a decisão agravada.

Ante o exposto, nego provimento ao agravo interno.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**AgInt no AREsp 2.797.639 / PE
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2024/0424896-0

Número de Origem:

00510572020238172001 219378120238179000 510572020238172001

Sessão Virtual de 13/05/2025 a 19/05/2025

Relator do AgInt

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075

ANTONIO DE MORAES DOURADO NETO - PE023255

LEONARDO MENDES MEMORIA - DF036838

AGRAVADO : NATHALY NUNES BANDEIRA DE MELO

ADVOGADO : VALDIR SANTOS ARAUJO FERREIRA - PE002050

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

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075

ANTONIO DE MORAES DOURADO NETO - PE023255

LEONARDO MENDES MEMORIA - DF036838

AGRAVADO : NATHALY NUNES BANDEIRA DE MELO

ADVOGADO : VALDIR SANTOS ARAUJO FERREIRA - PE002050

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 13/05/2025 a 19/05/2025, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros João Otávio de Noronha, 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, 19 de maio de 2025