



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2815630 - SP (2024/0445180-1)

RELATOR : MINISTRO MOURA RIBEIRO
AGRAVANTE : N D I S S
ADVOGADO : DANILO LACERDA DE SOUZA FERREIRA - SP272633
AGRAVADO : G V S
ADVOGADO : CAIAN MORAES DE OLIVEIRA - SP374734

EMENTA

CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. DEPENDENTE QUÍMICO. TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO LIMITADO AOS VALORES DA TABELA DO CONTRATO. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

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

2. Agravo conhecido. Recurso especial provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 25/03/2025 a 31/03/2025, por unanimidade, dar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 31 de março de 2025.

Ministro MOURA RIBEIRO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2815630 - SP (2024/0445180-1)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : **N D I S S**
ADVOGADO : **DANILO LACERDA DE SOUZA FERREIRA - SP272633**
AGRAVADO : **G V S**
ADVOGADO : **CAIAN MORAES DE OLIVEIRA - SP374734**

EMENTA

CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. DEPENDENTE QUÍMICO. TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO LIMITADO AOS VALORES DA TABELA DO CONTRATO. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

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

2. Agravo conhecido. Recurso especial provido.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo em recurso especial interposto por N. D. I. S. S.A. (N. D.) contra decisão que não admitiu seu apelo nobre manejo com fundamento no art. 105, III, alíneas *a* e *c*, da CF contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, da relatoria da Des.^a MARIA SALETE CORRÊA DIAS, assim ementado:

*AÇÃO DECLARATÓRIA C/C OBRIGAÇÃO DE FAZER.
Sentença de procedência. APELAÇÃO. Irresignação da ré. Não acolhimento. Presença, nos autos, de documentos que demonstram*

notificação à operadora quanto a necessidade de internação. Inércia que caracteriza falha na prestação de serviços. Operadora que não se desincumbiu dos ônus probatórios. Limitação decidida no Tema 1.032 dos Recursos Repetitivos do C. Superior Tribunal de Justiça. Reembolso integral das parcelas que a operadora arcaria em clínicas credenciadas nos 30 primeiros dias e, no período excedente, limitado a 50% dos valores despendidos.
RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO (e-STJ, fl. 330.).

Foi apresentada contraminuta.

É o relatório.

VOTO

O agravo é espécie recursal cabível, foi interposto tempestivamente e com impugnação adequada aos fundamentos da decisão recorrida.

CONHEÇO, portanto, do agravo e passo ao exame do recurso especial, que merece prosperar em parte.

Nas razões de seu apelo nobre interposto com base no art. 105, III, alíneas a e c, da CF, N. D. alegou, a par de dissídio jurisprudencial, a violação dos arts. 421 e 422 do CC; e 12 da Lei n. 9.656/98 para sustentar o não cabimento do reembolso, sob o entendimento de que *não há que se falar em inércia que justificasse a internação em clínica não credenciada, bem como o intuito do recorrido de receber tratamento em clínica particular à sua escolha às expensas da recorrente.*

Pois bem!

Quanto ao ponto objeto da controvérsia, destaco, do acórdão impugnado, os seguintes excertos:

Cuidam os autos de Ação Declaratória c/c Obrigação de Fazer. Extrai-se da exordial que o autor é dependente químico e, por este motivo, teve agravada sua higidez mental, padecendo de grave crise decorrente do uso compulsivo de drogas lícitas e ilícitas, correndo risco de morte.

Narra ser beneficiário do plano de saúde ofertado pela ré e que, diante do seu quadro, passou a necessitar de imediata internação e cuidados especializados, tendo sua família sido orientada a interná-lo, em caráter emergencial, pois corria risco de morte.

Entretanto, foi surpreendido com a negativa de cobertura tácita da operadora de saúde, motivo pelo qual se viu obrigado a buscar atendimento em rede particular.

Por este motivo, promove a presente ação buscando a condenação da ré a custear seu tratamento médico, bem como a sua internação na clínica especializada onde foi internada em caráter emergencial, pelo período necessário ao seu pronto restabelecimento, em conformidade com a orientação de seu médico.

Por r. decisão as fls. 29/30 foi parcialmente deferida a tutela de urgência pleiteada pelo autor, para que a ré apresentasse clínica

conveniada no prazo de 12 horas, sob pena de astreintes.

Diante da inércia da operadora de saúde (fls. 87 e 99), foi deferido o pedido para que a ré custeasse o tratamento do autor em clínica não credenciada, além de deferir sequestro de verba correspondente às diárias desde o deferimento da liminar (valor de R\$ 91.018,48).

Em contestação (fls. 141/160), esclarece a ré que inexistiu negativa de cobertura, uma vez que não constou qualquer solicitação de internação ou contato de familiares do autor por via administrativa. Ainda, a internação involuntária não possui cabimento em comunidades terapêuticas, que é o caso da clínica em questão, e o atendimento deve ocorrer mediante pedido médico em prestador psiquiátrico habilitado para realização do atendimento, dispondo a operadora de ampla rede credenciada para o tratamento solicitado.

Sustenta que o custeio dos 30 primeiros dias de internação por ano em hospital psiquiátrico, unidade ou enfermaria em hospital geral para internação psiquiátrica será realizado nos mesmos moldes das demais internações, sendo que, após este período, caberá ao contratante arcar com a coparticipação de 50% das despesas médico-hospitalares.

Alega que a parte autora se internou em clínica escolhida de forma aleatória e pretende, por meio da presente, transferir o ônus desta contratação à operadora de saúde, sendo de seu conhecimento e de sua família que o local não é habilitado ao plano contratado, inexistindo falha na prestação de serviços, pois lhe foi fornecido tudo que os limites do contrato permitiram.

[...]

Discute-se acerca da obrigatoriedade de cobertura dos serviços de internação da autora, dependente química, em clínica para tratamento.

Nesse sentido, considerando o histórico do paciente, o laudo médico acostado à fl. 19, assinado pelo Dr. Paulo César Sampaio (CRM 34.557) indica a internação do autor com urgência, nos seguintes termos:

“Encaminho o senhor G. V. S. para tratamento e recuperação de transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas.

Paciente tentou tratamento ambulatorial sem sucesso, está em uso compulsivo as substâncias e vem apresentando auto e heteroagressividade, irritabilidade, crises de choro constantes, necessita de tratamento sob internação em caráter de urgência/emergência, por período de no mínimo

180 (cento e oitenta) dias ou 6 (seis) meses.

CID10:F10.2 + F14.1”

À vista da inversão do ônus da prova, tem-se que a ré não logrou êxito em demonstrar o atendimento da solicitação quando contatada em contato telefônico e por telegrama; e, aqui, não merece prosperar a alegação de que “inexiste falha na prestação de serviços”, porquanto tenha se mantido inerte ante a válida notificação da autora (fls. 20/22) e relatório médico apto a justificar o pedido (fl. 19).

Para mais, saliento que não compete à operadora do plano de saúde a escolha do tratamento a ser despendido ao paciente, devendo tão somente atendê-lo, observados os limites contratuais à luz das normas consumeristas e dos princípios da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde.

E, nesse sentido, a Súmula nº 102 deste E. Tribunal de Justiça assim dispõe: “Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza

experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”.

Além disso, o relatório médico de internação informa que o paciente deu entrada na instituição em 17/12/2022, dois dias após o recebimento da notificação pela operadora de saúde (fl. 23).

Nesta esteira, também não comprovou ter providenciado a transferência da paciente para uma de suas clínicas credenciadas mesmo que o contrato firmado entre as partes preveja tratamento para transtornos psiquiátricos (fl. 174), mesmo habilitada nos autos desde 19/12/2022 (fls. 33/77), sendo esta inércia plena demonstração da persistente falha na prestação do serviço contratado e da ilicitude da conduta adotada pela operadora.

Por esta razão, caracteriza-se o dever de reembolsar os gastos despendidos, pela parte autora, no período compreendido entre a entrada na clínica particular (17/12/2022 fl. 23) até a solicitação, por seus familiares, de desligamento da internação (05/02/2022 fls. 247/248), o que ocorreu, inclusive, antes da indicação de clínicas da rede credenciada (10/02/2023).

Assim, conforme reconhecido na sentença, a falha na prestação do serviço pela requerida, consubstanciado na inércia em indicar clínica credenciada para atender as necessidades do autor, **gerou o dever de custeio integral da internação, o que deve ser realizado, no entanto, nos primeiros trinta dias, conforme precedentes de repetição obrigatória do C. Superior Tribunal de Justiça.**

No tocante à limitação ao custeio integral ao período de 30 dias, não há que se falar em abusividade, tendo esta cláusula, inclusive, sido validada por precedente de repetição obrigatória do C. Superior Tribunal de Justiça: “Tema 1.032: Nos contratos de plano de saúde não é abusiva a cláusula de coparticipação expressamente ajustada e informada ao consumidor, à razão máxima de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas, nos casos de internação superior a 30 (trinta) dias por ano, decorrente de transtornos psiquiátricos, preservada a manutenção do equilíbrio financeiro”.

E, no caso concreto, há cláusula contratual estabelecendo as diretrizes quanto ao pagamento em questão (cláusula 8.4.4.2.1 fl. 176), disposição admitida na conformidade do tema repetitivo citado.

Assim, merece se estabelecer de modo indubitado:

O tratamento deverá ocorrer pelos prestadores da rede credenciada/referenciada com custeio integral durante os 30 dias e, após mediante a coparticipação de 50%. (e-STJ, fls. 332/337, sem destaques no original)

No ponto, verifica-se que, o TJSP divergiu do entendimento consolidado no STJ ao determinar que, na ausência de profissionais credenciados ao plano de saúde do autor, o tratamento feito na rede particular deveria ser reembolsado integralmente.

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

Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO

DE INDENIZAÇÃO. DANOS MATERIAIS E MORAIS. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO. LIMITAÇÃO. PREÇOS DE TABELA EFETIVAMENTE CONTRATADOS COM A OPERADORA. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Nos casos em que não seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, a operadora de assistência à saúde deve responsabilizar-se pelo custeio das despesas médicas realizadas pelo segurado, mediante reembolso. O reembolso, porém, é limitado aos preços de tabela efetivamente contratados com a operadora de saúde, à luz do art. 12, VI, da Lei 9.656/98, sendo, portanto, lícita a cláusula contratual que prevê tal restrição, que conta com expressa previsão legal. Precedentes.

2. [...]

3. Agravo interno a que se nega provimento.

(AglInt no AREsp 1.489.704/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, DJe 18/12/2020 - sem destaque no original)

RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. EN. 3/STJ. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA DA TERAPIA PEDIASUIT A PACIENTE ACOMETIDO DE MICROCEFALIA. FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS E ÓRTESES. AUSÊNCIA DE PREVISÃO LEGAL. LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES. ÓBICE DA SÚMULA 283/STF. REEMBOLSO DE SERVIÇO PRESTADO FORA DA REDE CREDENCIADA. LIMITAÇÃO AO VALOR DE TABELA. JURISPRUDÊNCIA PACÍFICA DESTA CORTE SUPERIOR. AUSÊNCIA DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA. MATÉRIA NÃO DEVOLVIDA. TANTUM DEVOLUTUM QUANTUM APPELLATUM. DANO MORAL. INOCORRÊNCIA. LEGITIMIDADE DA RECUSA.

[...]

4. Descabimento de reembolso de serviços prestados fora da rede credenciada, salvo nas hipóteses de urgência/emergência, ou de insuficiência da rede credenciada. Precedente recente da Segunda Seção.

5. Inaplicabilidade desse precedente ao caso concreto, pois não houve insurgência recursal contra o reembolso, em si, mas somente contra o valor do reembolso, devendo o julgamento do recurso se limitar à questão efetivamente devolvida (tantum devolutum quantum appellatum).

6. Limitação do reembolso aos valores da tabela da operadora, na linha da jurisprudência pacífica desta Corte Superior.

7. Inocorrência de danos morais ao beneficiário do plano de saúde, uma vez que a recusa de cobertura foi reputada legítima.

8. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE PROVIDO.

(REsp 1.741.618/DF, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Terceira Turma, DJe 1º/2/2021 - sem destaques no original)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO CONDENATÓRIO - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE CONHECEU DO RECLAMO PARA DAR PARCIAL PROVIMENTO AO APELO NOBRE. INSURGÊNCIA RECURSAL DO AUTOR.

1. Segundo a jurisprudência desta Corte, é lícita a cláusula que limita o reembolso de despesas hospitalares realizadas junto a entidade não conveniada a limites contratualmente previstos.

Precedentes.

1.1. Inexistente, no caso, óbice da Súmula 7/STJ, tendo em vista que o provimento do recurso especial, com fundamento na jurisprudência desta Corte, prescindiu de que qualquer análise fática.

Conforme se nota, ao determinar o reembolso integral das despesas eventualmente realizadas fora da rede credenciada, o acórdão estadual está em dissonância com o entendimento consolidado nesta Corte Superior, motivo pelo qual o apelo nobre ser provido para limitar o reembolso aos valores praticados na tabela do contrato pelos respectivos produtos.

Nessas condições, **CONHEÇO** do agravo para **DAR PROVIMENTO** ao recurso especial para limitar o reembolso do tratamento eventualmente realizado fora da rede credenciada aos valores praticados na tabela do contrato pelos respectivos produtos.

Inaplicável a majoração dos honorários recursais.

É o voto.

Por oportuno, previno as partes de que a interposição de recurso contra esta decisão, se declarado manifestamente inadmissível, protelatório ou improcedente, poderá acarretar condenação às penalidades fixadas nos arts. 1.021, § 4º, ou 1.026, § 2º, ambos do CPC.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

AREsp 2.815.630 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2024/0445180-1

Número de Origem:
10000861120228260542

Sessão Virtual de 25/03/2025 a 31/03/2025

SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : N D I S S

ADVOGADO : DANILO LACERDA DE SOUZA FERREIRA - SP272633

AGRAVADO : G V S

ADVOGADO : CAIAN MORAES DE OLIVEIRA - SP374734

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

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 25/03/2025 a 31/03/2025, por unanimidade, decidiu dar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Nancy Andrichi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Daniela Teixeira votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 31 de março de 2025