

# Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.979.876 - SP (2021/0402343-1)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAUDE LTDA  
ADVOGADO : GABRIEL FERREIRA DA SILVA - SP407238  
RECORRIDO : TULIO TEIXEIRA DE OLIVEIRA  
ADVOGADO : AMANDA DÓRIA LOBO - SP353811

## RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO NANCY ANDRIGHI (RELATOR):

Cuida-se de recurso especial interposto por PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAUDE LTDA, fundado nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/SP.

Ação: de ressarcimento de despesas médicas c/c indenização por danos materiais, ajuizada por TULIO TEIXEIRA DE OLIVEIRA em face de PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAUDE LTDA, pretendendo o reembolso integral das despesas médicas decorrentes de atendimento de emergência em hospital não credenciado.

Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou procedentes os pedidos para condenar a PREVENT SENIOR ao ressarcimento integral do valor desembolsado por TULIO, referente aos procedimentos constantes da inicial, no valor de R\$ 29.552,61.

Acórdão: o TJ/SP, à unanimidade, negou provimento à apelação interposta por PREVENT SENIOR, nos termos da seguinte ementa:

APELAÇÃO Plano de Saúde Ação de Ressarcimento de Despesas Médicas c/c Indenização por Danos Morais e Materiais Pretensão ao reembolso integral das despesas com internação e cirurgia fora da rede credenciada - Sentença de procedência Inconformismo da ré Alegação de que o reembolso deve ser feito no limite previsto no contrato firmado entre as partes Descabimento - Internação e procedimento cirúrgico realizados em caráter emergencial Reembolso que deve ser realizado de forma integral Recurso desprovido.

# *Superior Tribunal de Justiça*

Recurso especial: aponta violação do art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, além de dissídio jurisprudencial.

Sustenta que o “artigo 12, inciso VI, da lei n.º. 9656/98 estabelece que o reembolso de despesas havidas fora da rede credenciada somente se dará em situação de urgência e/ou emergência, quando não for possível a utilização da rede própria, credenciada ou referenciada e no limite do que seria gasto em rede” (fl. 206, e-STJ)

Afirma que “a jurisprudência desta Corte Superior entende que é devido, pelo plano de saúde, o reembolso das despesas realizadas de maneira particular pelo paciente conveniado em situações excepcionais, como nas hipóteses de inexistência de estabelecimento credenciado no local, situação de urgência ou emergência, e impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada”, acrescentando que, “nessas ocasiões, o reembolso será limitado aos preços e tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde” (fl. 209, e-STJ).

Alega que “obrigar a empresa operadora de plano de saúde a cobertura de tratamento, estando, ainda, o beneficiário cumprindo prazo de carência contratual, além de violar expressa disposição de lei federal, malfere importante garantia constitucional inserta no art. 5o., inciso II, da Constituição Federal de que ‘ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei’” (fl. 212, e-STJ).

Juízo prévio de admissibilidade: o TJ/SP admitiu o recurso especial. É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.979.876 - SP (2021/0402343-1)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAUDE LTDA

# Superior Tribunal de Justiça

ADVOGADO : GABRIEL FERREIRA DA SILVA - SP407238  
RECORRIDO : TULIO TEIXEIRA DE OLIVEIRA  
ADVOGADO : AMANDA DÓRIA LOBO - SP353811

## EMENTA

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.

1. Ação de ressarcimento de despesas médicas c/c indenização por danos materiais ajuizada em 09/10/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 05/07/2021 e concluso ao gabinete em 21/01/2022.

2. O propósito recursal é decidir sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde reembolsar, integralmente, os valores despendidos pelo recorrido para custear a sua internação e a realização de procedimento cirúrgico de emergência em hospital não credenciado.

3. Segundo os arts. 8º, VII, e 16, X, da Lei 9.656/1998, e de acordo com os arts. 1º, § 1º, I, e 2º da Resolução 259/2011, a operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos de saúde para o atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

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 conseqüente dano material suportado pelo beneficiário (REsp 1.840.515/CE, Terceira Turma, julgado em 24/11/2020, DJe 01/12/2020).

5. Hipótese em que não se imputa à operadora o descumprimento de seu dever de prestar a assistência à saúde do beneficiário, que se encontrava fora da área geográfica de abrangência e de atuação do produto, razão pela qual não há falar em indenização por danos materiais e, por conseqüente, em reembolso integral, fazendo ele jus, portanto, ao reembolso nos limites da tabela do contrato.

6. Recurso especial conhecido e provido.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.979.876 - SP (2021/0402343-1)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAUDE LTDA  
ADVOGADO : GABRIEL FERREIRA DA SILVA - SP407238  
RECORRIDO : TULIO TEIXEIRA DE OLIVEIRA  
ADVOGADO : AMANDA DÓRIA LOBO - SP353811

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO NANCY ANDRIGHI (RELATOR):

O propósito recursal é decidir sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde reembolsar, integralmente, os valores despendidos pelo recorrido para custear a sua internação e a realização de procedimento cirúrgico de emergência em hospital não credenciado.

DA OBRIGAÇÃO DE A OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE REEMBOLSAR, INTEGRALMENTE, OS VALORES DESPENDIDOS PELO RECORRIDO PARA CUSTEAR A SUA INTERNAÇÃO E A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO

1. 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).

2. No particular, é incontroverso nos autos que TULIO foi submetido a procedimento cirúrgico de emergência e internação em hospital não conveniado, sendo certo que as partes não divergem quanto ao direito ao reembolso,

limitando- se a controvérsia apenas ao seu valor: se integral ou baseado na tabela do contrato.

3. Com relação a este ponto, afirma a PREVENT SENIOR que, “ainda que estivesse o recorrido em situação de urgência e/ou emergência, o reembolso, por força de lei, é limitado ao que seria gasto em rede, nunca na integralidade” (fl. 209, e-STJ).

4. Da fato, o inciso VI do art. 12 da Lei 9.656/1998 assegura o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

5. No entanto, as circunstâncias que envolvem o atendimento de TULIO foram assim descritas, pelo TJ/SP, no acórdão recorrido:

E, embora as despesas apontadas na inicial sejam decorrentes de internação em hospital não credenciado, restou comprovado nos autos que o autor se encontrava em situação de emergência, o que permitiu o seu atendimento em nosocômio não credenciado, com direito ao reembolso integral.

Com efeito, como bem observado pelo MM Juiz sentenciante, “o autor se encontrava na cidade de Poços de Caldas MG quando teve que ser internado e submetido a procedimento cirúrgico de caráter emergencial. A parte ré confirmou não possuir rede credenciada na referida região geográfica, o que impossibilitou ao autor que buscasse fazer o procedimento em hospital conveniado” (verbis, cfr. fls. 153/154). (fl. 194, e-STJ)

6. Como se vê, o cenário delineado pelo TJ/SP revela uma peculiaridade: o atendimento de TULIO fora da rede credenciada deveu-se ao fato de não existir, no município de demanda, qualquer hospital conveniado para realizar o seu atendimento, e não apenas da condição de emergência em que se

encontrava o beneficiário.

7. Essa circunstância pode conduzir a duas hipóteses: a primeira, de que a operadora não teria disponibilizado a rede credenciada na área de abrangência do contrato; a segunda, de que o beneficiário estaria fora da área de abrangência do contrato.

8. A propósito, de acordo com o art. 2º da Resolução 259/2011, a operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos de saúde para o atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

9. Por conseguinte, o mesmo ato normativo estabelece, ao tratar das garantias de atendimento ao beneficiário, os deveres atribuídos à operadora, no caso de inexistência do prestador no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto; vejamos:

Subseção II

Da Inexistência de Prestador no Município

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não 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 atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte. (Redação dada pela RN nº

268, de 02/09/2011)

Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Parágrafo único. O disposto no caput dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU no 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

10. A par disso, a mesma resolução impõe à operadora o dever de reembolso, quando descumprido o dever de garantia de atendimento ao beneficiário, nos seguintes termos:

Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no caput deste artigo. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de co-participação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 4º Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

11. Daí se infere que, se o beneficiário se encontra nos limites da área geográfica de abrangência e de atuação do produto e, ainda assim, é forçado a procurar atendimento fora da rede credenciada, em virtude de a operadora não

disponibilizar prestador que ofereça o serviço/procedimento demandado e coberto pelo contrato ou não garantir o transporte para tanto, configura-se verdadeiro descumprimento, por esta, da obrigação contratual, o que lhe gera o dever de ressarcimento integral dos danos materiais causados àquele (art. 9ª da Resolução ANS 259/2011).

12. Nesse contexto, decidiu a Terceira Turma no julgamento do REsp 1.840.515/CE (julgado em 24/11/2020, DJe 01/12/2020): 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.

13. Noutra toada, se o beneficiário se encontra fora da área geográfica de abrangência e de atuação do produto, não há falar em obrigação de prestar assistência à saúde pela operadora, assim como também não há falar em indenização por danos materiais e, por conseguinte, em reembolso integral.

14. Entendimento diverso levaria à violação da norma contida nos arts. 8º, VII, e 16, X, da Lei 9.656/1998, por meio dos quais o legislador autoriza a delimitação da cobertura oferecida nos planos privados de assistência à saúde à determinada área geográfica de abrangência, entendida essa como a “área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios” (art. 1º, § 1º, I, da Resolução ANS 259/2011).

15. Fixadas essas premissas, verifica-se, que, em sua petição inicial, o

recorrido afirma que, “estando em viagem com sua esposa Ruth Magdalena Ferraz na cidade de Poços de Caldas (Minas Gerais) teve que ser internado com urgência” em hospital da Unimed (fl. 3, e-STJ). Defende, à vista disso, que “há duas causas a gerar o direito ao reembolso ao demandante: a) a emergência do procedimento cirúrgico; b) a não possibilidade de utilização dos serviços contratados com a ré, uma vez que o autor não estava em área com hospitais devidamente conveniados, e o seu estado clínico não lhe permitia voltar à cidade de São Paulo” (fl. 6, e-STJ).

16. Como se vê, não se imputa à recorrente o descumprimento de seu dever de prestar a assistência à saúde do recorrido, sendo certo que este se encontrava em Minas Gerais, fora da área de abrangência do contrato, em São Paulo.

17. Assim sendo, se não estava obrigada a garantir o atendimento ao recorrido fora da área geográfica de abrangência estabelecida no contrato, não pode ser a operadora obrigada a reembolsar integralmente os gastos então assumidos por ele.

18. Logo, merece reforma o acórdão recorrido para limitar o reembolso devido pela recorrente à tabela do contrato.

#### DA CONCLUSÃO

Forte nessas razões, CONHEÇO do recurso especial e DOU-LHE PROVIMENTO para reformar o acórdão recorrido, limitando o reembolso devido pela recorrente à tabela do contrato entabulado entre as partes.