

O DIREITO AO REEMBOLSO E O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO

THE RIGHT TO REIMBURSEMENT AND THE BRAZILIAN SUPPLEMENTARY HEALTH SYSTEM

Altair Guerra da Costa¹

RESUMO

Neste artigo, serão abordados os aspectos gerais do direito à saúde, com ênfase na sua matriz constitucional e na regulamentação legal e, ainda, no que diz respeito ao sistema de saúde suplementar, à regulação pela respectiva agência reguladora – ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) – sobre a cobertura mínima obrigatória, ou plano-referência de assistência à saúde, cobertura contratual, limites territoriais (área geográfica de abrangência) e prazos máximos para atendimento. De igual forma, será tratado o direito ao reembolso, em maior ou menor extensão (integral ou de acordo com a tabela de procedimentos do plano ou seguro privado de assistência à saúde contratado), na perspectiva da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre esse direito, quando ele é reconhecido e a sua extensão.

Palavras-chave: Direito à saúde; Sistema público de saúde; Sistema de saúde suplementar brasileiro; Coberturas mínimas obrigatórias no âmbito da saúde suplementar; Direito ao reembolso e a sua extensão.

ABSTRACT

In this article, the general aspects of the right to health will be addressed, with emphasis on its constitutional matrix and legal regulation and, also, with regard to the supplementary health system, regulation by the respective regulatory agency – ANS (National Health Agency Supplementary) – on the minimum mandatory coverage, or health care reference plan, contractual coverage, territorial limits (geographical area of coverage) and maximum deadlines for service. Likewise, the right to reimbursement will be treated, to a greater or lesser extent (in full or in accordance with the table of procedures of the contracted private health care plan or insurance), from the perspective of the jurisprudence of the Superior Court of Justice (STJ) about this right, when it is recognized and its extent.

Keywords: Right to health; Public health system; Brazilian supplementary health system; Mandatory minimum coverage in the scope of supplementary health; Right to reimbursement and its extension.

¹ Desembargador do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO). Mestre em Direito – Ciências Jurídico-Civilistas/Menção em Processo Civil, no período de 2016 a 2018, pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (Portugal).

INTRODUÇÃO

No catálogo dos direitos e garantias fundamentais, o direito social à saúde ocupa posição de destaque na Constituição da República Federativa do Brasil (art. 6º da CRFB²), e é regido pelos princípios da **integralidade de assistência** (entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema), da **universalidade** (acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência) e da **equidade** (igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie), e nas vertentes de **promoção, prevenção e recuperação**.

Na dicção da Carta Política brasileira: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (art. 196)

O direito à saúde, de titularidade de todos, é correspondente ao dever do Estado de o assegurar, e o adimplemento dessa obrigação ocorre a partir de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade no âmbito da seguridade social (art. 194 da CRFB³).

Os Poderes Públicos são solidariamente responsáveis por assegurar a todos o direito à saúde, e para tanto se utilizam de recursos do orçamento da seguridade social para financiar o Sistema Único de Saúde (SUS):

“O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.” (§ 1º do art. 197 da CRFB)

Nesse cenário, a lei ordinária⁴ regulou “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado”, concebendo-se a saúde como um “[...] direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover

² BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

³ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. “Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.”

⁴ BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (art. 2º da Lei Federal nº 8.080/1990).

Esse diploma legal, em obediência à norma constitucional, reafirmou o dever do Estado de garantir a saúde, que “[...] consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (§ 1º do art. 2º da Lei Federal nº 8.080/1990)

Num país de economia emergente e com a dimensão territorial do Brasil, com uma população atual de aproximadamente 210 milhões de habitantes⁵, o compromisso constitucional de assegurar o direito à saúde de maneira integral e universal – sem qualquer ônus financeiro ao usuário (ou utente), nem mesmo a taxa moderadora⁶, como existe em Portugal (que representa um diminuto contributo para o financiamento da saúde pública⁷) – é inegavelmente desafiador e audacioso – compromisso esse que “não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente”, não obstante a natureza programática das normas que o asseguram⁸ –, o que nações ricas não ousaram

⁵BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41111-populacao-estimada-do-pais-chega-a-212-6-milhoes-de-habitantes-em-2024> (acesso em 04 de outubro de 2024).

⁶PORTUGAL. Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90 (Base XXXIV), embora existam inúmeros casos de isenção e de dispensa do pagamento da taxa moderadora.

⁷DIAS DA SILVA, Ricardo Augusto. Os sistemas de saúde brasileiro e português: o que nos aproxima e nos distancia além do Atlântico. Belo Horizonte: Fórum, 2021, p. 109/110. “[...] o contributo das taxas moderadoras, no âmbito do montante das despesas com saúde, não é significativo, representando cerca de 1% do total da despesa pública em saúde.”

⁸BRASIL. STF (Supremo Tribunal Federal). “PACIENTE COM HIV/AIDS - PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE - FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS - DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) - PRECEDENTES (STF) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA. - O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. - O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE. - O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu imposterável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE

assumir⁹: a estruturação de um sistema de saúde pública financiado com recursos orçamentários da União, dos Estados e Distrito Federal e Municípios, por meio do SUS.

Nos termos das normas constitucionais e legais de regência, o SUS deve se preocupar em atender a todos, nas suas mais diferentes necessidades, independentemente da condição econômica do usuário. Não obstante o SUS ser **destinado a todos**, e de seu amplo espectro de atuação¹⁰, o sistema público de saúde **não é para tudo**, diante da finitude da fonte de financiamento, tanto que o “[...] dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (§ 2º do art. 2º da Lei Federal nº 8.080/1990).

Aliás, a própria CRFB enuncia que a assistência à saúde é também de responsabilidade da iniciativa privada:

“Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”

MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES. - O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF.” (RE 271286, de relatoria Ministro Celso de Mello, julgado pelo Supremo Tribunal Federal em 12 de setembro de 2000).

⁹<https://futurodasaude.com.br/sistemas-de-saude/> (acesso em 04 de outubro de 2024).

¹⁰BRASIL. Lei Federal nº 8.080/1990. “Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- c) de saúde do trabalhador; (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- e) de saúde bucal; (Incluída pela Lei nº 14.572, de 2023)

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

XII - a formulação e a execução da política de informação e assistência toxicológica e de logística de antídotos e medicamentos utilizados em intoxicações.”

Noutras palavras, o Estado não é o único ator na missão de assegurar o direito à saúde¹¹, existem outros atores – pessoas, família, empresas e sociedade –, ainda que coadjuvantes ou com papel secundário, o que significa dizer que efetivação do direito à saúde no Brasil deriva de dois sistemas: o público (de acesso universal e gratuito) e o privado (de caráter supletivo)¹².

Sobreveio, nesse contexto, a lei que se ocupou em disciplinar o Sistema de Saúde Suplementar – com o objetivo de colmatar o sistema público de saúde –, mais precisamente os planos e seguros privados de assistência à saúde, por meio da qual regulamentou a atuação das “[...] pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor) [...]”¹³.

Por força de norma legal expressa, o Plano Privado de Assistência à Saúde se obriga a proporcionar:

“[...] prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor¹⁴”.

Delineadas, portanto, as bases do nosso estudo, que envolve precisamente o direito ao reembolso no âmbito do Sistema de Saúde Suplementar, atividade econômica explorada por pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão¹⁵.

2 O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO

Evidenciada a matriz constitucional do Sistema de Saúde Suplementar¹⁶,

¹¹REGORI, Maria Stella. Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor. São Paulo: RT, 2007, p. 28)

¹²VIANNA, Geraldo Luiz. Judicialização da saúde suplementar: a concepção do direito como integridade contra a discricionariedade judicial. Belo Horizonte: Del Rey, 2014, p. 36. “[...] a saúde no Brasil compreende um sistema público, de acesso universal igualitário e gratuito, e um sistema privado, de caráter supletivo baseado na livre iniciativa.”

¹³BRASIL. Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (art. 1º).

¹⁴BRASIL. Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Inciso I do art. 1º).

¹⁵BRASIL. Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Inciso II do art. 1º).

¹⁶DRESCH, Renato Luís/CASTRO BICALHO, Fábila Madureira de – coordenadores e coautores. Manual

contida no art. 199 da CRFB, o sistema privado de assistência à saúde é disciplinado por lei ordinária e por atos normativos da agência reguladora respectiva – ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) – criada pela Lei Federal nº 9.961/2000¹⁷, à qual compete, dentre outras: a) elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades (inciso III do art. 4º); b) estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 (inciso XI do art. 4º); c) fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento (inciso XXIII do art. 4º); d) exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde (inciso XXIV do art. 4º).

O Sistema de Saúde Suplementar, integrado pelos planos e seguros privados de assistência à saúde¹⁸, ocupa o papel de coadjuvante ao Sistema Público de Saúde, o ator principal na missão de assegurar o direito fundamental à saúde, e essa atividade suplementar, em regra, submete-se às normas contidas no Código de Defesa do Consumidor (CDC)¹⁹, ressalvando-se a inaplicabilidade da legislação consumerista aos planos de autogestão, de acordo com o enunciado da Súmula nº 608 do Superior Tribunal de Justiça (STJ).²⁰

A condição de “coadjuvante” do Sistema de Saúde Suplementar deriva da previsão legal de que, ao lado da obrigação do Estado, existe também a obrigação das “[...] pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (§ 2º do art. 2º da Lei Federal nº

de direito à saúde: normatização e judicialização/Comitê Executivo da Saúde de Minas Gerais Belo Horizonte: Del Rey, 2019, p. 55. “A saúde suplementar, representada pela assistência privada, está contemplada no art. 199 da Constituição Federal, regulamentada pela Lei nº 9.656/98 e se sujeita à regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS por meio da criação de normas, realização de controle e fiscalização da atividade das operadoras de planos de saúde, visando assegurar o interesse público.”

¹⁷BRASIL. Lei Federal nº 9.961/2000. *Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.*”

¹⁸Operado por sociedade civil ou comercial que tenha o objeto de gerir plano de saúde sob alguma dessas modalidades: administrador; cooperativa médica ou odontológica; autogestão; medicina em grupo; ou filantropia.

¹⁹BRASIL. Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

²⁰BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). SÚMULA n. 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

8.080/1990), e nessa vertente os planos e seguros privados de assistência à saúde adquirem especial relevância.

Esse sistema tem na Lei Federal nº 9.656/98 a sua principal base normativa, a qual define o conceito de Plano Privado de Assistência à Saúde²¹, e de Operadora de Plano de Assistência à Saúde²², que ocupa o papel de fornecedor na relação de consumo estabelecida com o usuário ou beneficiário do plano de assistência à saúde (o consumidor).

Não obstante a Lei Federal nº 9.656/98 seja a principal base normativa do Sistema de Saúde Suplementar, não é a única, na medida em que as operadoras de Plano de Assistência à Saúde subordinam-se, também, às normas da ANS²³, naquilo que diz respeito à garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, incluindo o direito de reembolso de despesas (alínea “c” do § 1º o art. 1º da Lei Federal nº 9.656/98), e também na amplitude dessa cobertura²⁴.

O contrato de assistência à saúde deve ser orientado pela proteção da confiança e pelo princípio da boa-fé objetiva e deveres anexos, exigível a ambos os contratantes (art. 422 do Código Civil²⁵ e Enunciado nº 170 do Conselho da Justiça Federal²⁶), o que impõe aos contratantes a atuação de acordo com determinados padrões de lisura, retidão e honestidade, de modo a não frustrar a legítima expectativa²⁷ e

²¹BRASIL. Lei Federal nº 9.656/98. “*Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.*” (Inciso I do art. 1º).

²²BRASIL. Lei Federal nº 9.656/98. “*Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo.*” (Inciso II do art. 1º)

²³BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira [...]*, como o direito ao reembolso de despesas. (§ 1º do art. 1º da Lei Federal nº 9.656/98)

²⁴BRASIL. Lei Federal nº 9.656/98. “*A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação*” (§ 4º do art. 10).

²⁵BRASIL. Código Civil. “*Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.*” (Art. 422)

²⁶“*a boa-fé objetiva deve ser observada pelas partes na fase de negociações preliminares e após a execução do contrato, quando tal exigência decorrer da natureza do contrato*” (Enunciado nº 170 do Conselho da Justiça Federal).

²⁷BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça. “DIREITO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO. USO DOMICILIAR. NEGATIVA DE COBERTURA. BOA-FÉ OBJETIVA. LEGÍTIMA EXPECTATIVA.

confiança despertada no outro contratante²⁸, ou seja, a boa-fé é um arquétipo ou modelo de comportamento social que induz a um conceito ético de proceder de forma correta²⁹.

O STJ já decidiu que:

“[...] Os contratos de seguro e assistência à saúde são pactos de cooperação e solidariedade, cativos e de longa duração, informados pelos princípios consumeristas da boa-fé objetiva e função social, tendo o objetivo precípua de assegurar ao consumidor, no que tange aos riscos inerentes à saúde, tratamento e segurança para amparo necessário de seu parceiro contratual.” (REsp n. 962.980/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 13/3/2012, DJe de 15/5/2012)

Ninguém ignora que ao aderir a um plano ou seguro de assistência à saúde o consumidor espera, legitimamente³⁰, uma cobertura adequada, que lhe assegure atendimento, no tempo e do modo desejado, por profissionais qualificados e em

VEDAÇÃO AO COMPORTAMENTO CONTRADITÓRIO. SURRECTIO. OCORRÊNCIA. DANOS MORAIS MANTIDOS. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. É lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os incluídos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para esse fim. Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN-ANS nº 338/2013 (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN-ANS nº 465/2021) (AgInt nos EREsp 1.895.659/PR, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 29/11/2022, DJe de 9/12/2022). 2. 'A doutrina e a jurisprudência desta Corte, à luz do dever de boa-fé objetiva e à proteção da confiança, reconhece a existência do instituto da surrectio, o qual permite aquisição de um direito pelo decurso do tempo, pela expectativa legitimamente despertada por ação ou comportamento' (REsp 1.899.396/DF, Relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 23/6/2022, DJe de 1º/7/2022, g.n.). 3. Hipótese na qual, após o custeio do medicamento por tempo considerável, e sem oposição, a operadora negou a cobertura sob o fundamento de ausência de previsão do rol da ANS, resultando em comportamento contraditório violador da boa-fé objetiva. Particularidade que, de modo excepcional, autoriza a incidência do instituto da surrectio, permitindo a manutenção do custeio do tratamento. 4. 'Havendo dúvida razoável na interpretação do contrato, a recusa da operadora de plano de saúde na cobertura de determinado procedimento, sem ofensa aos deveres anexos do pacto - como a boa-fé -, não pode ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, de modo que não fica configurada a conduta ilícita capaz de ensejar a indenização por danos morais' (AgInt no AREsp 1.412.367/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 09/03/2020, DJe de 13/03/2020). 5. Agravo interno a que se nega provimento.” (AgInt no REsp n. 1.896.776/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 5/6/2023, DJe de 13/6/2023)

²⁸ROSENVALD, Nelson/CHAVES, Cristiano, in Teoria Geral e Contratos em Espécie, 6ª ed., Editora Jus Podivm, pág. 174/175.

²⁹BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). “[...] 4. Os deveres anexos, decorrentes da função integrativa da boa-fé objetiva, resguardam as expectativas legítimas de ambas as partes na relação contratual, por intermédio do cumprimento de um dever genérico de lealdade, que se manifesta especificamente, entre outros, no dever de informação, o qual impõe a comunicação do contratante sobre fatos que a sua diligência ordinária não alcançaria isoladamente. 5. O descumprimento dos deveres anexos decorrentes da boa-fé objetiva pode desobrigar a contraparte, fazendo incidir a exceptio non adimpleti contractus (art. 476 do CC). Julgados desta Corte. 6. A

comprovação da ausência de lealdade na conduta do contratante e da frustração da expectativa legítima de outrem demanda o acurado exame das circunstâncias da relação jurídica estabelecida.” (STJ – REsp n. 2.140.050/PR, relatora Ministra Nancy Andriighi, Terceira Turma, julgado em 3/9/2024, DJe de 6/9/2024)

³⁰A legítima expectativa do consumidor é legalmente tutelada (§ 1º do art. 12 da Lei Federal nº 8.078/90), além de ínsita no princípio da proteção da confiança e da boa-fé objetiva.

estabelecimentos de saúde aptos a prestar o serviço de assistência que no sistema público demandaria espera – por vezes prolongada – devido à concorrência com milhões de outros potenciais usuários³¹ que, por razões nomeadamente econômicas, não possuem acesso à saúde suplementar.

Nesse sentido, o consumidor alimenta a legítima expectativa de que o plano ou seguro de assistência à saúde por ele contratado lhe proporcione atendimento adequado, de acordo com as coberturas previstas no contrato, por meio de sua rede própria ou por meio de profissionais e estabelecimentos integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada (inciso I do art. 1º da Lei Federal nº 9.656/98).

O atendimento adequado pressupõe a observância das modalidades de cobertura, a partir: i) do plano-referência de assistência à saúde³²; ii) da atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, de responsabilidade da ANS³³ (§ 12 do art. 10 da Lei Federal nº 9.656/98)³⁴; e iii) da previsão contratual, incluindo, obviamente, a área de cobertura (área geográfica de abrangência, no território brasileiro).

De acordo a lei de regência, mesmo que o **tratamento** ou **procedimento** prescrito por médico ou odontólogo assistente não esteja previsto no rol da ANS (§ 12 do art. 10 da Lei Federal nº 9.656/98), 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 nacionais³⁵.

Essas são, portanto, mais duas hipóteses de cobertura obrigatória pelo plano ou seguro de assistência à saúde para **tratamento** e **procedimento**. Não se deve

³¹<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vao-a-rede-publica> (acesso em 04 de outubro de 2024).

³²BRASIL. Lei Federal nº 9.656/98. “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 [...]” (art. 10).

³³BRASIL. Agência Nacional de Saúde (ANS).

³⁴BRASIL. Lei Federal nº 9.656/98. “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.” (§ 12 do art. 10)

³⁵BRASIL. Lei Federal nº 9.656/98 (§ 13 do art. 10).

confundir, entretanto, com **fornecimento de medicamento** para tratamento domiciliar, o que, em regra, não se inclui na cobertura do plano ou seguro saúde³⁶, exceto nos casos de medicação destinada: i) a tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes³⁷; ii) a tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar³⁸.

O art. 12 da lei de regência trata das coberturas mínimas do chamado plano-referência: i) **quando incluir atendimento ambulatorial**: a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; ii) **quando incluir internação hospitalar**: a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; f) cobertura de despesas de acompanhante,

³⁶BRASIL. Lei Federal nº 9.656/98 (Inciso VI do art. 10).

³⁷BRASIL. Lei Federal nº 9.656/98 (art. 12, inciso I, alínea “c”).

³⁸BRASIL. Lei Federal nº 9.656/98 (art. 12, inciso II, alínea “g”).

no caso de pacientes menores de dezoito anos; g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar.

Para além dessas, as coberturas mínimas do plano-referência podem incluir: **atendimento obstétrico** e **atendimento odontológico** (incisos III e IV do art. 12 da lei de regência).

Descortinadas as linhas gerais do Sistema de Saúde Suplementar, mais precisamente sobre o contrato de plano ou seguro de assistência à saúde, com especial abordagem ao direito do consumidor naquilo que diz respeito à cobertura obrigatória (incluindo a área de cobertura ou limites geográficos de abrangência, no território brasileiro), é chegado o momento de dar um passo adiante, e adentrar ao objeto do nosso estudo: o direito ao reembolso no âmbito da saúde suplementar.

3 O DIREITO AO REEMBOLSO

De partida, convém destacar que o direito ao reembolso possui previsão legal expressa, contida no art. 12, inciso VI, da Lei Federal nº 9.656.98, o qual relaciona as exigências mínimas do plano-referência, e deve contemplar o direito ao:

“VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, 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.”

Evidente, portanto, que existe o direito ao reembolso em “todos os tipos de produtos” previstos no art. 1º da lei de regência, no inciso I (Plano Privado de Assistência à Saúde), na **modalidade contratual de prestação continuada de serviços**, e no § 1º (qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da **garantia de cobertura financeira de riscos** de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira).

Essa última modalidade contratual tem como particularidade a **garantia de cobertura financeira de riscos à saúde**, ou seja, é um **contrato que assegura a proteção financeira do consumidor**, e não a prestação continuada de serviços de saúde a partir de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada.

Numa modalidade contratual (Plano Privado de Assistência à Saúde), a regra é a prestação continuada de serviços por meio de rede própria de atendimento, ou por prestadores integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, e, **excepcionalmente**, cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido. Noutra modalidade contratual (de garantia de cobertura financeira de riscos à saúde), por regra, a operadora não possui rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, e se propõe a arcar com o “custeio de despesas” (alínea “a” do § 1º do art. 1º da lei de regência), pagando diretamente ao prestador de serviços, ou o “reembolso de despesas” pagas pelo consumidor ao prestador de serviços.

É certo, no entanto, que em qualquer das modalidades de contrato – mesmo em planos que não possuem previsão de livre escolha do profissional ou prestador de serviços –, em maior ou menor alcance, existe o direito ao **reembolso** das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em **casos de urgência ou emergência** ou **quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, nos limites das obrigações contratuais**.

Nesse quadro, o reembolso pressupõe uma situação de “urgência ou emergência” **ou** “quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras”, e nos limites das obrigações contratuais assumidas por ambos os contratantes, de modo que, eventualmente, o usuário – ou utente – do plano ou seguro de assistência à saúde pode ser compelido pelas circunstâncias a arcar, com recursos próprios, com custos do tratamento ou procedimento.

Por essa razão, o direito ao reembolso será em maior amplitude (integral) quando o não atendimento diretamente pelo plano ou seguro de assistência à saúde decorrer de circunstância não oponível ao consumidor, como nos casos de: i) negativa abusiva de cobertura; ii) situações de urgência ou emergência, que não possibilitam ao usuário/beneficiário buscar atendimento em uma unidade credenciada, contratada ou

autorizada; iii) indisponibilidade³⁹, ou inexistência⁴⁰ – no município – de prestador que ofereça o serviço demandado e contratualmente assegurado, na área de cobertura (área geográfica de abrangência⁴¹), e no prazo máximo para atendimento⁴², nos termos do

³⁹BRASIL. Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. “indisponibilidade: quando, no município da demanda, existe prestador na rede assistencial da operadora de planos de saúde que ofereça o serviço ou procedimento demandado, mas este prestador não se encontra disponível para atendimento nos prazos estabelecidos nesta resolução normativa.” (Inciso VI do parágrafo 1º do art. 1º)

⁴⁰BRASIL. Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. “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:

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.

§ 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.

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte.

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 XVII do art. 3º.

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.”

⁴¹BRASIL. Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. “área geográfica de abrangência: 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.” (Inciso I do parágrafo 1º do art. 1º)

⁴²BRASIL. Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. “Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria: em até sete dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até quatorze dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até dez dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até dez dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até dez dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até dez dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até dez dias úteis;

VIII – consulta/sessão com enfermeiro obstetra ou obstetriz: em até dez dias úteis;

IX – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até sete dias úteis;

X – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até três dias úteis;

XI – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até dez dias úteis;

XII – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até vinte e um dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XIV – atendimento em regime de hospital-dia: em até dez dias úteis;

XV – tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamento para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes: em até 10 (dez) dias úteis, cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo;

XVI – tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar: em até dez úteis, cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo; e

XVII – urgência e emergência: imediato.”

incisos I e VI do § 1º do art. 1º e art. 3º, ambos da Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022.

O art. 10 da Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022 preceitua que:

“Art. 10. Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º [indisponibilidade de prestador integrante 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], 5º [inexistência de prestador que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto] ou 6º [garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem], caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até trinta dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

§ 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.

§ 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.

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de coparticipação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

§ 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.”

Essas são, portanto, as bases legais do direito ao reembolso.

De acordo com a doutrina, o reembolso é devido em todos os tipos de produto de assistência à saúde, e observará a relação de preços de serviços médicos e hospitalares do respectivo produto – de acordo com a tabela da operadora do plano de saúde –, e nos limites das obrigações contratuais, nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referendados pela operadora⁴³.

É oportuno, agora, explicitar as situações em que, na ótica do STJ⁴⁴ – instância máxima incumbida de, no Brasil, interpretar o direito infraconstitucional –, há

⁴³DRESCH, Renato Luís/CASTRO BICALHO, Fábila Madureira de – coordenadores e coautores. Manual de direito à saúde: normatização e judicialização/Comitê Executivo da Saúde de Minas Gerais Belo Horizonte: Del Rey, 2019, p. 77. “Conforme disposto no art. 12, VI, da Lei 9656/98, o reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam a referida lei, será realizado de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto (tabela da operadora de plano de saúde), pagáveis no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada. Isso ocorrerá nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde e em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras”.

⁴⁴BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (STJ).

o direito ao reembolso, e a respectiva extensão, segundo a sua jurisprudência mais recente sobre a matéria.

Nota-se, a partir dessa investigação da jurisprudencial, que alguns [poucos, é verdade] precedentes contradizem outros, num evidente desatendimento ao princípio da isonomia ou igualdade substancial no processo, na perspectiva de **igualdade pelo processo**⁴⁵, e que certamente justifica o apontamento doutrinário que destacou a incoerência nas decisões do STJ como característica de uma discricionariedade judicial⁴⁶.

Não obstante essa indesejável realidade, é possível identificar nesses julgados uma regra geral e as exceções normalmente utilizadas pela jurisprudência do STJ para o reconhecimento de um ou outro direito, quais sejam, o reembolso integral ou o reembolso parcial (conforme a tabela do plano contratado).

4 O DIREITO AO REEMBOLSO INTEGRAL

Na interpretação do STJ, o direito ao reembolso é **residual**, admitido apenas em situações excepcionais, diante da inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local ou urgência ou emergência do procedimento, e o reembolso integral das despesas realizadas perante prestador de serviço não credenciado é ainda mais excepcional.

Confira-se os seguintes precedentes:

“EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA. RESTRIÇÃO A SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA DESPROVIDOS.

1. Cinge-se a controvérsia em saber se a operadora de plano de saúde é obrigada a reembolsar as despesas médico-hospitalares relativas a procedimento cirúrgico realizado em hospital não integrante da rede credenciada.

2. O acórdão embargado, proferido pela Quarta Turma do STJ, fez uma interpretação restritiva do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, enquanto a Terceira Turma do STJ tem entendido que a exegese do referido dispositivo deve ser expandida.

⁴⁵Não basta que o processo trate de forma igual os litigantes durante a sua tramitação se a sua estrutura não proporcionar iguais condições de acesso ao processo e, mais importante, se o seu resultado permitir que se outorgue tratamento desigual para situações que requerem tratamento similar. [...] A igualdade, quando estudada pela lente de um processualista – para além da simples paridade de armas – passa a ser igualdade ao processo, igualdade no processo e igualdade pelo processo” (Abreu, Rafael Sirangelo de. (2015). Igualdade e processo: Posições processuais equilibradas e unidade do direito. São Paulo: Revista dos Tribunais, p. 21).

⁴⁶VIANNA, Geraldo Luiz. Judicialização da saúde suplementar: a concepção do direito como integridade contra a discricionariedade judicial. Belo Horizonte: Del Rey, 2014, p. 66 e seguintes.

3. 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.

4. Embargos de divergência desprovidos.”

(EAREsp n. 1.459.849/ES, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020)

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ESTADO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA. SERVIÇOS MÉDICOS PRÓPRIOS OU CREDENCIADOS. LOCALIDADE. AUSÊNCIA. DESPESAS MÉDICAS. REEMBOLSO INTEGRAL.

1. É entendimento desta Corte Superior que, no caso de tratamento de cobertura obrigatória, em que não sejam ofertados serviços médicos próprios ou credenciados na localidade, a operadora do plano de saúde é responsável pelo custeio ou reembolso integral das despesas médicas realizadas pelo beneficiário. Precedentes.

2. Agravo interno não provido.”

(AgInt no AREsp n. 2.461.816/GO, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 2/9/2024, DJe de 6/9/2024)

“CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA CONTRATUAL. SÚMULA 5/STJ. CIRURGIA INTRAUTERINA DE URGÊNCIA. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE PROFISSIONAIS HABILITADOS NO PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO INTEGRAL. RESTRIÇÃO A SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS.

1. Quanto à alegação de que não havia cobertura contratual para os tratamentos pleiteados, o Tribunal se manifestou no sentido de que o 'procedimento prescrito à autora nada mais é do que um procedimento ligado a própria assistência pré-natal e assistência ao parto, cobertas pelo contrato (cláusula 7.4, fls. 109/110)'. Afastar o referido entendimento demandaria o reexame das cláusulas contratuais. Súmula 5/STJ.

2. Eventual atendimento fora da rede credenciada deve ser reembolsado nos limites dos valores previstos na tabela da operadora. Contudo, em hipóteses excepcionais, esta Corte admite o reembolso integral das despesas realizadas em hospital não credenciado, como no caso em que o tratamento necessário ao paciente não é ofertado pelo plano de saúde em sua rede.

3. O Tribunal de origem, mediante análise das provas apresentadas no feito, concluiu, ainda, que a busca do tratamento fora das opções oferecidas pelo plano de saúde não foi mera escolha da paciente, e que a ré não logrou demonstrar que teria equipe e estabelecimento aptos a realizar o procedimento cirúrgico.

4. O acórdão recorrido merece ser mantido, pois acompanhou a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que, a 'partir do julgamento do EAREsp 1.459.849/ES, pela Segunda Seção, prevalece o entendimento de que, configurada a excepcional situação de emergência ou de urgência, sempre que inviabilizada pelas circunstâncias a utilização da rede própria ou contratada, como ocorreu no particular, cabe à operadora reembolsar o beneficiário pelos custos das despesas médicas realizadas, observados, no mínimo, os preços praticados pelo respectivo produto à data do evento' (AgInt no REsp n. 1.926.808/SP, relatora Ministra Nancy Andrigli, Terceira Turma, julgado em 21/2/2022, DJe de 24/2/2022).

Agravo interno improvido.”

(AgInt no REsp n. 1.959.248/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 9/9/2024, DJe de 11/9/2024)

“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 Andriighi, Terceira Turma, julgado em 7/11/2023, DJe de 14/11/2023)

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANO MORAL COM TUTELA DE URGÊNCIA. DECISÃO DA PRESIDÊNCIA. RECONSIDERAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTO MÉDICO. AUSÊNCIA DE INDICAÇÃO DE CLÍNICA APTA A FORNECER O TRATAMENTO NA REDE CREDENCIADA. DEVIDO O REEMBOLSO INTEGRAL DAS DESPESAS HOSPITALARES. DECISÃO DE ACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. AGRAVO PROVIDO. RECURSO ESPECIAL A QUE SE NEGA PROVIMENTO.

1. A jurisprudência desta Corte se firmou no sentido de que, 'nos casos em que não seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, o reembolso, pela operadora de assistência à saúde, do custeio das despesas médicas realizadas pelo segurado, deve ficar limitado aos valores indicados na tabela da operadora de plano de saúde, ainda que se trate de inexistência de estabelecimento credenciado no local ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora' (AgInt no AREsp 2.534.737/SP, Relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 3/6/2024, DJe de 7/6/2024).

2. Contudo, em casos excepcionais, como 'Na hipótese em que a operadora do

plano de saúde se omite em indicar prestador da rede credenciada apto a realizar o atendimento do beneficiário, este faz jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, em razão da inexecução contratual' (AgInt no AREsp 2.396.847/RJ, Relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 18/12/2023, DJe de 20/12/2023).

3. Estando a decisão de acordo com a jurisprudência desta Corte, o recurso especial encontra óbice na Súmula 83/STJ.

4. Agravo interno provido para reconsiderar a decisão e, em novo exame, conhecer do agravo para negar provimento ao recurso especial.

(AgInt no AREsp n. 2.503.886/RJ, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 19/8/2024, DJe de 2/9/2024)

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANOS DE SAÚDE. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022, II, DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. REEMBOLSO DE DESPESAS FORA DA REDE CREDENCIADA. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. CIRCUNSTÂNCIAS FÁTICAS. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE INCURSÃO NO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N. 7 DO STJ. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Inexiste ofensa ao art. 1.022 do CPC quando a corte de origem examina e decide, de modo claro e objetivo, as questões que delimitam a controvérsia, não ocorrendo nenhum vício que possa nulificar o acórdão recorrido.

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

3. Aplica-se a Súmula n. 7 do STJ ao caso em que o acolhimento da tese defendida no recurso especial - não ocorrência de situação de emergência/urgência de tratamento - reclama a análise dos elementos probatórios produzidos ao longo da demanda.

4. Evidenciadas a urgência do tratamento e a falha na prestação do serviço consistente na omissão da operadora do plano de saúde em indicar estabelecimento, além da indisponibilidade de serviços próprios na rede credenciada, é devido o reembolso integral das despesas feitas pelo segurado.

5. Agravo interno desprovido.”

(AgInt no AREsp n. 2.529.208/SP, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 26/8/2024, DJe de 28/8/2024)

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. OFENSA AO ART. 1.022 DO CPC/2015. INEXISTÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. URGÊNCIA. OMISSÃO DO PLANO DE SAÚDE EM INDICAR PROFISSIONAL CREDENCIADO PARA REALIZAÇÃO DO TRANSPLANTE DE FÍGADO. REEMBOLSO INTEGRAL. AFASTAMENTO DA TABELA. ACÓRDÃO EM HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Segundo orientação jurisprudencial vigente no Superior Tribunal de Justiça, não há falar em omissão, contradição, obscuridade ou erro material, nem em deficiência na fundamentação, quando a decisão recorrida está adequadamente motivada com base na aplicação do direito considerado cabível ao caso concreto, pois o mero inconformismo da parte com a solução da controvérsia não configura negativa de prestação jurisdicional.

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, 'na hipótese em que a operadora do plano de saúde se omite em indicar prestador da rede credenciada apto a realizar o atendimento do

beneficiário, este faz jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, em razão da inexecução contratual' (AgInt no AgInt no REsp n. 2.063.554/SP, relatora a Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 27/11/2023, DJe de 29/11/2023).

3. Agravo interno a que se nega provimento.”

(AgInt no AgInt no AREsp n. 2.456.523/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 19/8/2024, DJe de 23/8/2024)

Essa interpretação apoia-se na premissa de que o contrato celebrado entre o fornecedor – plano ou seguro de assistência à saúde – e o consumidor, por meio do qual o prestador se obriga a oferecer ao beneficiário, na respectiva área geográfica de abrangência, cobertura para eventos de saúde – tratamento ou procedimento – por meio de sua rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, deve ser fielmente cumprido, em decorrência lógica dos princípios da boa-fé objetiva e deveres anexos e da proteção da confiança.

Nesse sentido, o cumprimento do contrato representa a regra geral, aquilo que normalmente se espera dos contratantes e o desejável pelas normas de regência, de modo que o reembolso tem natureza de reparação material.

Diante desse quadro, o direito ao reembolso de despesas realizadas diretamente pelo consumidor, beneficiário de plano ou seguro de assistência à saúde, com serviços prestados por profissionais ou estabelecimentos de saúde não integrantes da rede credenciada é excepcional, como reiteradamente proclamado pela jurisprudência compilada.

Na realidade, o reembolso – em especial o do valor integral – só é cogitável quando o fornecedor descumpre o contrato celebrado com o consumidor, quando ocorre falha na prestação do serviço ao não oferecer a ele a necessária assistência à saúde, por motivos de: i) indisponibilidade do serviço; ii) inexistência do serviço (ou omissão na indicação do prestador da rede credenciada), na área geográfica de abrangência.

Não se pode ignorar, também, que a **negativa indevida de cobertura** representa uma infração ou inadimplemento contratual e, por essa razão, deve assegurar ao consumidor o direito ao reembolso integral das despesas realizadas perante prestador de serviço não integrante da rede credenciada. Confira-se, nesse sentido, excertos dos seguintes precedentes:

“Na hipótese de recusa de oferta do tratamento de saúde, resultando em inadimplemento contratual, o reembolso tem natureza de indenização por danos materiais, não se limitando aos preços praticados pelo plano de saúde.” (AgInt no REsp n. 2.108.594/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira

Turma, julgado em 24/6/2024, DJe de 27/6/2024.

"O reembolso previsto no art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 é obrigação cuja fonte é o próprio contrato, cabível nos casos de atendimento de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras; o reembolso integral, como pleiteado pela beneficiária e determinado pelo Tribunal de origem, constitui obrigação diversa, de natureza indenizatória, cuja fonte é a inexecução do contrato, e visa, na realidade, a reparação do consequente dano material suportado. [...] após a recusa manifestamente indevida de cobertura pela operadora de plano de saúde, em flagrante desrespeito à obrigação assumida no contrato, faz jus ao reembolso integral, a título de indenização pelo dano material." (REsp n. 1.840.515/CE, relatora Ministra Nancy Andrichi, Terceira Turma, julgado em 24/11/2020, DJe de 1º/12/2020)

Emerge, daí, a ilação de que nas hipóteses elencadas o reembolso deve ser integral, porque do contrário o consumidor ficaria desassistido diante do inadimplemento contratual por parte do fornecedor, e possui natureza de reparação material.

Exatamente por essa razão – a natureza reparatória do reembolso –, a prescrição extintiva do direito de reclamá-lo judicialmente é decenal (art. 205 do Código Civil brasileiro), consoante já se pronunciou o STJ:

“RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICAS. SEGURO SAÚDE. DESCUMPRIMENTO DE CLÁUSULA CONTRATUAL. PRAZO PRESCRICIONAL. 1. É decenal o prazo prescricional aplicável para o exercício da pretensão de reembolso de despesas médico-hospitalares alegadamente cobertas pelo contrato de plano de saúde (ou de seguro saúde), mas que não foram adimplidas pela operadora. 2. Isso porque, consoante cediço na Segunda Seção e na Corte Especial, nas controvérsias relacionadas à responsabilidade contratual, aplica-se a regra geral (artigo 205 do Código Civil) que prevê dez anos de prazo prescricional (EResp 1.280.825/RJ, Rel. Ministra Nancy Andrichi, Segunda Seção, julgado em 27.06.2018, DJe 02.08.2018; e EResp 1.281.594/SP, Rel. Ministro Benedito Gonçalves, Rel. p/ Acórdão Ministro Felix Fischer, Corte Especial, julgado em 15.05.2019, DJe 23.05.2019). 3. De outro lado, a tese da prescrição trienal firmada nos Recursos Especiais 1.361.182/RS e 1.360.969/RS (ambos julgados sob o rito dos repetitivos) não abrange toda e qualquer pretensão deduzida em decorrência de planos privados de assistência à saúde, mas tão somente àquelas referentes à nulidade de cláusula contratual com a consequente repetição do indébito, que foram traduzidas como pretensões de ressarcimento de enriquecimento sem causa (artigo 206, § 3º, inciso IV, do Código Civil de 2002). 4. Recurso especial não provido.” (REsp n. 1.756.283/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 11/3/2020, DJe de 3/6/2020)

5 O DIREITO AO REEMBOLSO DE ACORDO COM A TABELA DE PROCEDIMENTOS DO PLANO OU SEGURO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

De acordo com a jurisprudência do STJ, o direito excepcional ao

reembolso das despesas realizadas diretamente pelo consumidor perante prestador de serviços de saúde não integrante da rede credenciada, contratada ou referenciada será apenas parcial – de acordo com a tabela de preços do respectivo plano – quando decorrer de **escolha** ou **opção do consumidor**.

Numa decisão monocrática, a Ministra NANCY ANDRIGHI (no REsp 2.138.986/PR) apresentou a seguinte fundamentação:

“[...] o autor optou, à livre escolha e in casu por conta própria, pela realização da cirurgia em local não credenciado, notadamente de referência nacional, e com médico não cooperado, de modo que deve assumir a responsabilidade com os gastos atinentes ao procedimento, não havendo como obrigar a operadora de saúde a efetuar o pagamento integral das despesas médicas que o autor suportou particularmente com o seu tratamento, se oferecia a possibilidade de fazê-lo em nosocômio credenciado.

Por outro lado, a fim de que não haja locupletamento indevido, a jurisprudência vem se posicionando no sentido de que o beneficiário que optar pela realização de tratamento médico em nosocômio não credenciado ou por profissional não conveniado, à sua livre escolha, tem o direito a cobertura das despesas efetuadas de acordo com os valores de tabela praticados pelo plano de saúde, em observância aos princípios da razoabilidade, da boa-fé objetiva e da função social dos contratos.”

De fato, a escolha do hospital e dos profissionais afasta o direito ao reembolso integral, salvo se expressamente previsto no contrato, na medida em que a contratação pressupõe, em regra, a existência de uma rede própria ou credenciada apta a prestar atendimento ao usuário, e a escolha ou opção do consumidor por esse ou aquele profissional ou estabelecimento não credenciado importa em inadimplemento contratual, com inegável ofensa ao princípio da boa-fé objetiva e deveres anexos.

Nesses casos – de opção ou escolha do consumidor – o reembolso deve ocorrer nos limites do contrato, ou seja, de acordo com a tabela de preços respectiva, que era exatamente o valor que dispenderia o fornecedor para prestar os serviços de assistência à saúde na rede credenciada.

Confira-se os alguns precedentes jurisprudenciais do STJ que reconhecem o direito ao reembolso parcial:

“AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - PLANO DE SAÚDE - NEGATIVA INDEVIDA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE COLOCAÇÃO DE MARCA-PASSO - TRATAMENTO DE URGÊNCIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE DEU PROVIMENTO AO RECLAMO DA OPERADORA PARA JULGAR IMPROCEDENTES OS PEDIDOS NA INICIAL - INSURGÊNCIA DO AUTOR - AGRAVO INTERNO PROVIDO.

1. Depreende-se dos autos que: a) o procedimento cirúrgico de colocação de marcapasso era considerado imprescindível para o tratamento da enfermidade

acometida pelo autor; b) a cirurgia era de ser realizada com urgência, pois a manutenção do quadro decorrente das arritmias acarretava risco à vida do paciente; e, c) a negativa de cobertura foi considerada indevida.

2. As alegações da parte ré, nas razões do recurso especial, segundo as quais o tratamento, supostamente sem conformidade técnica, teria sido realizado em rede não credenciada e fora da área de abrangência, bem ainda que o procedimento de colocação do marcapasso não estaria coberto diante de cláusula contratual expressa, refogem aos limites da moldura fática delineada pelas instâncias ordinárias, constituindo indevida inovação recursal.

2.1 Tais teses desbordam do objeto da análise a ser realizada por esta Corte Superior, pois, para tanto, seria necessário se imiscuir no quadro fático ensejador do conflito entre as partes, e, também, averiguar o conteúdo de cláusulas contratuais, mecanismos que a um só tempo ensejam inegável supressão de instância e violam os ditames das Súmulas 5 e 7/STJ.

3. Consoante entendimento sedimentado no STJ, o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada somente pode ser admitido em hipóteses excepcionais, que compreendam a inexistência ou insuficiência de serviço credenciado no local - por falta de oferta ou em razão de recusa indevida de cobertura do tratamento -, bem como urgência ou emergência do procedimento, observadas as obrigações contratuais e excluídos os valores que excederem a tabela de preços praticados no respectivo produto.

3.1 No caso concreto, além de se presumir que a enfermidade estava coberta pelo plano de saúde, pois a matéria sequer fora debatida na origem, o procedimento cirúrgico em questão se revestia de urgência/emergência, tendo a operadora negado o tratamento da enfermidade (recusa indevida), razão pela qual é cabível o reembolso pleiteado, no limite da tabela de preços do plano, excluídas as despesas que refogem à cobertura contratual, tais como referentes a hospedagem, transporte e alimentação.

4. O dano moral inicialmente fixado em R\$ 100.000,00 (cem mil reais) foi reduzido pela Corte local para R\$ 10.000,00 (dez mil reais), ante a recusa sistemática e indevida do plano de saúde no custeio e liberação do tratamento cirúrgico necessário à manutenção da vida do paciente, portanto, com caráter de urgência/emergência. Tal montante é condizente com o abalo sofrido pelo autor e encontra-se nos limites da razoabilidade e proporcionalidade.

4.1 Para modificar as conclusões consignadas no acórdão impugnado e concluir estar exagerado o quantum indenizatório como quer a operadora do plano de saúde, seria necessária a incursão no conjunto fático-probatório das provas e nos elementos de convicção dos autos, o que é vedado em sede de recurso especial (Súmula nº 7 do STJ).

5. Agravo interno provido para conhecer em parte do recurso especial da operadora do plano de saúde e, nessa extensão, dar-lhe parcial provimento, mantendo a determinação das instâncias ordinárias quanto ao dever de reembolsar as despesas médico-hospitalares realizadas pelo autor, excluídos os valores que excederem os preços de tabela do plano, bem como os custos com hospedagem, transporte e alimentação, conforme contrato estabelecido entre as partes.”

(AgInt no REsp n. 1.933.552/ES, relator Ministro Luis Felipe Salomão, relator para acórdão Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 15/3/2022, DJe de 25/5/2022.)

“AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. DESPESAS EFETUADAS PELO BENEFICIÁRIO. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. ATENDIMENTO EM REDE NÃO CREDENCIADA. REEMBOLSO DE VALORES. OBSERVÂNCIA DOS LIMITES PREVISTOS NO CONTRATO. PRECEDENTES. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A jurisprudência desta Corte, 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. No caso, o entendimento adotado pelo acórdão recorrido não está ajustado às orientações estabelecidas pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, sendo de rigor a sua reforma, a fim de limitar o valor do reembolso aos preços e tabelas efetivamente contratados com a operadora do plano de saúde.

3. Agravo interno desprovido.”

(AgInt nos EDcl no REsp n. 2.086.899/MA, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 16/9/2024, DJe de 18/9/2024)

“CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DECISÃO DA PRESIDÊNCIA. RECONSIDERAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. HONORÁRIOS DE MÉDICO NÃO CREDENCIADO. URGÊNCIA CONFIGURADA. REEMBOLSO INTEGRAL. INVIABILIDADE. LIMITAÇÃO À TABELA CONTRATADA. AGRAVO INTERNO PROVIDO PARA CONHECER DO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

1. A colenda Segunda Seção firmou o 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, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, j. em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020).

2. 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 da tabela efetivamente contratada 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.

3. Agravo interno provido para conhecer do agravo e dar provimento ao recurso especial.”

(AgInt no AREsp n. 2.559.193/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 1/7/2024, DJe de 2/8/2024)

“AGRAVO INTERNO EM RECURSO ESPECIAL. DECISÃO MONOCRÁTICA. REGULARIDADE. JURISPRUDÊNCIA PACÍFICA. REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS. ART. 12, VI, LEI 9.656/98. PARCIAL E APENAS NAS HIPÓTESES DE IMPOSSIBILIDADE DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA REDE CREDENCIADA. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. Não se evidencia violação ao princípio da colegialidade, uma vez que as conclusões adotadas na decisão monocrática estão em conformidade com a jurisprudência do STJ sobre o tema. Ademais, fica assegurada a possibilidade de exame da matéria pelo colegiado por meio da interposição do presente agravo interno.

2. 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.

3. Agravo interno a que se nega provimento.”

(AgInt no REsp n. 2.037.124/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti,

Quarta Turma, julgado em 11/9/2023, DJe de 14/9/2023)

“PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO EM REDE NÃO CREDENCIADA. REEMBOLSO PARCIAL DE DESPESAS. LIMITES DA TABELA PRATICADA PELO PLANO. APLICAÇÃO DA SÚMULA Nº 568 DO STJ. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. Aplica-se o NCPC a este julgamento ante os termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016)

serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC.

2. É firme o entendimento de que, nos termos do artigo 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/98, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde somente é admitido em casos excepcionais e nos limites da relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto. Precedentes.

3. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos.

4. Agravo interno não provido.”

(AgInt no AREsp n. 1.680.403/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 28/9/2020, DJe de 1/10/2020)

“PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO. RAZÕES QUE NÃO ENFRENTAM O FUNDAMENTO DA DECISÃO AGRAVADA. PLANO DE SAÚDE. HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. REEMBOLSO PARCIAL DE DESPESAS. LIMITES DA TABELA PRATICADA PELO PLANO. REVALORAÇÃO JURÍDICA. INEXISTÊNCIA DOS ÓBICES PREVISTOS NAS SÚMULAS 5 E 7, DO STJ.

1. As razões do agravo interno não enfrentam adequadamente o fundamento da decisão agravada.

2. Em que pese ser devido o atendimento em entidade não credenciada ou referenciada pela operadora de saúde, é lícita a cláusula que limita o reembolso à tabela da prestadora de assistência à saúde, nos termos do artigo 12, VI, da Lei 9.656/98. Precedentes.

3. Nos termos da jurisprudência já consolidada desta Corte, a análise do recurso especial não esbarra nos óbices previstos nas Súmulas 5 e 7, do STJ, quando se exige somente o reenquadramento jurídico das circunstâncias de fato e cláusulas contratuais expressamente descritos no acórdão recorrido.

4. Agravo interno a que se nega provimento.”

(AgInt no AREsp n. 1.338.267/DF, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 21/5/2019, DJe de 28/5/2019)

Merece destaque que alguns desses precedentes revelam certa incoerência quando reconhecem o direito ao reembolso parcial, de acordo com a tabela de preços do plano contratado, mesmo na hipótese de inadimplemento ou falha na prestação de serviços por parte do fornecedor, a exemplo de inexistência ou insuficiência do serviço na área geográfica de abrangência, ou de negativa indevida de cobertura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De tudo que foi exposto, conclui-se que no contrato de serviços de assistência à saúde a **regra geral** – e o que legitimamente se espera – é o cumprimento do contrato, com a prestação dos serviços ao consumidor por meio da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada pelo prestador.

O reembolso das despesas realizadas diretamente pelo consumidor perante profissional ou estabelecimento de saúde não credenciado representa **direito residual** ou **excepcional** – de **natureza reparatória (indenização material)** –, cogitável apenas **na hipótese de inadimplemento do contrato** por um ou outro contratante.

Num último apontamento, espera-se que o direito ao reembolso no sistema de Saúde Suplementar brasileiro seja apenas uma possibilidade de excepcional exercício, diante da sua **característica de direito residual** a partir da inadimplência do contrato de assistência à saúde – ou incumprimento, como preferem os juristas portugueses –, na medida em que na relação contratual é exigível de ambos os contratantes a escrupulosa observância dos princípios da boa-fé objetiva e deveres anexos e da proteção da confiança.

REFERÊNCIAS

ABREU, Rafael Sirangelo de. Igualdade e processo: Posições processuais equilibradas e unidade do direito. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2015. Disponível em: <https://www.rt.com.br>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. Enunciado nº 170 do Conselho da Justiça Federal. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/cjf/enunciados>.

BRASIL. Lei Federal nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm.

BRASIL. Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078.htm.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

BRASIL. Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm.

BRASIL. Lei Federal nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm.

BRASIL. Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-n-566-de-29-de-dezembro-de-2022-416283466>.

BRASIL. STF (Supremo Tribunal Federal). RE 271286. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). AgInt no AREsp n. 1.338.267/DF. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). AgInt no AREsp n. 1.680.403/SP. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). AgInt no AREsp n. 2.461.816/GO. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). AgInt no AREsp n. 2.503.886/RJ. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). AgInt no AREsp n. 2.529.208/SP. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). AgInt no AgInt no AREsp n. 2.456.523/SP. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). AgInt no REsp n. 1.896.776/SP. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). AgInt no REsp n. 1.933.552/ES. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). AgInt no REsp n. 1.959.248/SP. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). AgInt no REsp n. 2.037.124/SP. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). AgInt no REsp n. 2.108.594/SP. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). AgInt nos EDcl no REsp n. 2.086.899/MA. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). EAREsp n. 1.459.849/ES. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). REsp n. 1.756.283/SP. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/>.

[ps://www.stj.jus.br/](https://www.stj.jus.br/).

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). REsp n. 1.840.515/CE. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). REsp n. 2.031.301/SP. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). REsp n. 2.138.986/PR. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). REsp n. 2.140.050/PR. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

BRASIL. STJ (Superior Tribunal de Justiça). SÚMULA n. 608. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/>.

DIAS DA SILVA, Ricardo Augusto. **Os sistemas de saúde brasileiro e português: o que nos aproxima e nos distancia além do Atlântico**. Belo Horizonte: Fórum, 2021. Disponível em: <https://www.editoraforum.com.br/>.

DRESCH, Renato Luís; CASTRO BICALHO, Fábila Madureira de. (coord.). **Manual de direito à saúde: normatização e judicialização** / Comitê Executivo da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Del Rey, 2019. Disponível em: <https://www.editoradelrey.com.br/>.

REGORI, Maria Stella. Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor. São Paulo: RT, 2007. Disponível em: <https://www.rt.com.br/>.

ROSENVALD, Nelson; CHAVES, Cristiano. **Teoria Geral e Contratos em Espécie**. 6ª ed. Editora Jus Podivm. Disponível em: <https://www.editorajuspodivm.com.br/>.

VIANNA, Geraldo Luiz. **Judicialização da saúde suplementar: a concepção do direito como integridade contra a discricionariedade judicial**. Belo Horizonte: Del Rey, 2014. Disponível em: <https://www.editoradelrey.com.br/>.

PORTUGAL. Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90 (Base XXXIV). Disponível em: <https://www.dre.pt/>.