

Recurso Especial Cível nº 0962409-76.2023.8.19.0001

Recorrente: UNIMED DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS

Recorrido: OSWALDO QUEIROZ DE CASTRO REP/P/S CURADORA CLAUDIA WERCZLER QUEIROZ DE CASTRO

Interessado 1: Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.

Interessado 2: Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda.

Interessado 3: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

DECISÃO

Trata-se de recurso especial, id. XXXX, tempestivo, com fundamento no artigo 105, III, “a” da Constituição da República, interposto em face dos acórdãos da Quinta Câmara de Direito Privado, ids. XXXX e XXXX, assim ementados:

“DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. CUSTEIO DE INTERNAÇÃO EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA NÃO CREDENCIADA. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. DANO MORAL CONFIGURADO. I. Caso em exame 1. Recursos de apelação interpostos pelas rés e pelo Ministério Público contra sentença que julgou parcialmente procedentes os pedidos em ação proposta por beneficiário de plano de saúde, representado por sua curadora, pretendendo o custeio de internação em hospital-dia psiquiátrico e medicamentos,

com reembolso de despesas. A sentença confirmou a tutela de urgência e rejeitou o pedido de indenização por danos morais. II. Questão em discussão 2. Há três questões em discussão: (i) saber se a administradora de benefícios pode ser responsabilizada solidariamente com a operadora do plano; (ii) saber se é cabível o custeio integral de tratamento realizado fora da rede credenciada em razão da ausência de indicação pela ré; e (iii) saber se a negativa de cobertura enseja indenização por danos morais. III. Razões de decidir 3. A administradora de benefícios integra a cadeia de fornecimento de serviços e responde solidariamente, conforme os arts. 7º, parágrafo único, 25, § 1º, e 34 do CDC. 4. Restou demonstrado que a ré não indicou estabelecimento credenciado para a internação psiquiátrica, tampouco apresentou provas da existência de clínicas aptas ao tratamento, o que configura falha na prestação do serviço. 5. O reembolso das despesas realizadas deve ser integral, por inexistir comprovação de alternativa viável na rede credenciada. 6. A recusa injustificada gerou angústia e frustração ao autor, sendo devida a indenização por dano moral no valor de R\$ 10.000,00. IV. Dispositivo e tese 8. Recursos das rés desprovidos. Recurso do Ministério Público provido, para condenar solidariamente as rés ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$10.000,00, com correção monetária a partir do arbitramento e juros de mora a contar da citação. Tese de julgamento: “1. A negativa de reembolso de despesas médicas relativas a tratamento coberto pelo plano de saúde, sem comprovação de alternativa na rede credenciada,

configura falha na prestação do serviço. 2. A administradora de benefícios integra a cadeia de consumo e responde solidariamente pelos danos. 3. A recusa injustificada ao custeio de tratamento médico enseja reparação por danos morais.” Dispositivos relevantes citados: CDC, arts. 2º, 3º, 7º, p.u., 14, 25, § 1º, e 34; CPC, arts. 76, 373, II. Jurisprudência relevante citada: STJ, REsp 1.990.471/DF, Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, j. 11.04.2023, DJe 14.04.2023; TJRJ, Súmula nº 339.”

“DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DIREITO DO CONSUMIDOR. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. ALEGADA OMISSÃO QUANTO À ILEGITIMIDADE PASSIVA DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS. INEXISTÊNCIA DE VÍCIO NO ACÓRDÃO. PRETENSÃO INFRINGENTE. EMBARGOS REJEITADOS. I. Caso em exame 1. Embargos de declaração opostos contra acórdão que negou provimento aos recursos das rés e deu provimento ao recurso do Ministério Público para condenar as rés, solidariamente, ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00, além das verbas sucumbenciais, mantida a sentença nos demais termos. 2. A embargante sustenta omissão no julgado, ao argumento de que não houve enfrentamento específico das teses fundadas na Resolução Normativa nº 515/2022 da ANS, especialmente quanto à delimitação das atribuições da administradora de benefícios, à vedação de prática de atos típicos de operadora de plano de saúde, à incidência subsidiária do CDC e à sua alegada

ilegitimidade passiva. II. Questão em discussão 3. A questão em discussão consiste em saber se o acórdão embargado incorreu em omissão, nos termos do art. 1.022 do CPC, por não ter examinado de forma específica as teses da embargante relativas à Resolução Normativa nº 515/2022 da ANS e à alegada ilegitimidade passiva, de modo a justificar a integração ou modificação do julgado. III. Razões de decidir 4. Os embargos de declaração destinam-se ao saneamento de obscuridade, contradição, omissão ou erro material, nos termos do art. 1.022 do CPC, vícios não verificados no caso concreto. 5. O acórdão embargado enfrentou de forma suficiente as questões necessárias ao deslinde da controvérsia, inexistindo dever de manifestação expressa sobre todos os argumentos suscitados pelas partes, desde que os fundamentos adotados sejam bastante para sustentar a conclusão do julgamento. 6. O julgador não é obrigado a abordar todo e qualquer ponto trazido pelas partes, conforme o Verbete Sumular nº 52 do TJRJ e a jurisprudência do STJ. 7. A insurgência da embargante revela inconformismo com o resultado do julgamento e objetiva a rediscussão do mérito, com pretensão de atribuição de efeitos infringentes aos aclaratórios, providência admissível apenas em hipóteses excepcionais, não caracterizadas na espécie. IV. Dispositivo e tese 8. Embargos de declaração rejeitados. Tese de julgamento: “1. Não há omissão a ser sanada por embargos de declaração quando o acórdão aprecia de forma suficiente as questões essenciais ao julgamento, ainda que não enfrente todos os argumentos deduzidos pela parte. 2. Os embargos de

declaração não se prestam à rediscussão do mérito nem à obtenção de efeitos infringentes fora das hipóteses excepcionais admitidas pela jurisprudência." Dispositivos relevantes citados: CPC, art. 1.022. Jurisprudência relevante citada: TJRJ, Verbete Sumular nº 52; STJ, EDcl no MS 21.315/DF, Rel. Min. Diva Malerbi, 1ª Seção, j. 08.06.2016; TJRJ, Embargos de Declaração nº 0027276-74.2018.8.19.0000, Rel. Des. Wilson do Nascimento Reis, 26ª Câmara Cível, j. 13.12.2018; STJ, AgInt no AREsp 2.175.102, Rel. Min. Moura Ribeiro, 3ª Turma, j. 20.03.2023."

Em suas razões recursais, a recorrente alega violação aos artigos 489, §1º, IV e VI, 1.022 e 373, I, do CPC; artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/98; artigos 7º, parágrafo único, 14, 25, §1º, e 34 do CDC, c/c Lei nº 5.764/71. Sustenta, em síntese, negativa de prestação jurisdicional, impossibilidade de reembolso integral das despesas realizadas fora da rede credenciada, ausência de prova da negativa de cobertura e indevida inversão do ônus probatório, bem como impossibilidade de reconhecimento automático da responsabilidade solidária. Requer, ainda, a concessão da gratuidade de justiça.

Contrarrazões, id. 2548 e id. 2581.

Não houve manifestação dos interessados, 1 e 2.

É o relatório.

Trata-se, na origem, de ação de obrigação de fazer cumulada com pedido indenizatório, em que se pretende o custeio de internação psiquiátrica e medicamentos, com reembolso das despesas realizadas em estabelecimento não integrante da rede credenciada, além de indenização por danos morais. A sentença julgou parcialmente procedentes os pedidos, confirmando a tutela de urgência. Interpostas apelações pelas rés e pelo Ministério Público, o Colegiado negou provimento aos recursos das rés e deu provimento ao recurso ministerial para condená-las, solidariamente, ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00, mantendo a sentença nos demais termos.

Pois bem.

O presente recurso especial versa, entre outras questões, sobre matéria repetitiva do Superior Tribunal de Justiça, constando como paradigmas **REsp 2167029/RJ** e **REsp 2196667/SP**, representados por meio do **Tema nº 1.375**, submetido a seguinte questão a julgamento (“I-) a obrigação de a operadora de plano de saúde custear ou reembolsar despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada e sua respectiva extensão, nas hipóteses de insuficiência da rede credenciada ou de urgência ou emergência; II-) (in)admissibilidade dos recursos especiais interpostos para a rediscussão das conclusões dos acórdãos recorridos quanto aos pressupostos fáticos que permitem o custeio ou reembolso parcial ou integral, pelo plano de saúde, das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada.”), do repertório de temas do e. Superior Tribunal de Justiça.



À vista do exposto, em observância ao art. 1030, III do Código de Processo Civil, **DETERMINO O SOBRESTAMENTO** do recurso especial interposto, nos termos da fundamentação supra.

Anote-se no NUGEPAC (**Tema nº 1.375 do STJ**). Intime-se.

Rio de Janeiro, 04 de setembro de 2026

Desembargador **HELENO NUNES**
Terceiro Vice-Presidente