

Recurso Especial Cível nº 0817578-87.2023.8.19.0209

Recorrente: GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA

Recorrido: ARTHUR GALVAO BARBOSA

DECISÃO

Trata-se de recurso especial tempestivo, id. 61, com fundamento no artigo 105, inciso III, alíneas “a” e “c”, da Constituição Federal, interposto em face dos acórdãos da Sétima Câmara de Direito Privado, id. 18 e 56, assim ementados:

“EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. PLANO DE SAÚDE, QUE DEVE PROPORCIONAR TODOS OS TIPOS DE TRATAMENTO PARA DOENÇAS COBERTAS. RECURSO PROVIDO. I. CASO EM EXAME 1. Ação de obrigação de fazer, em cujo pedido se pretende a cobertura de internação psiquiátrica. 2. Sentença de improcedência. Irresignação do demandante. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 3. A questão em discussão consiste em saber se o plano de saúde deve fazer a cobertura integral de internação em institutos não conveniados ao plano quando o contrato textualmente prevê a cobertura da doença que ocasionou a necessidade de internação. III. RAZÕES DE DECIDIR 4. Plano de Saúde. Relação de consumo. Aplicação da Lei nº. 8.078, de 1990 (Código de Defesa do Consumidor - CDC). Aplicação do verbete sumular nº, 608, do Superior Tribunal de Justiça. 5. Lei nº. 9.656/98, que determina aos planos de saúde o dever de garantia da cobertura obrigatória aos tratamentos de todas as doenças listadas na CID-10. Sendo a doença coberta pelo contrato, consequentemente todo o tratamento necessário igualmente deve ser custeado pelo plano de saúde. 6. Abusividade da cláusula contratual que exclua da

cobertura do plano de saúde algum tipo de procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas pelo referido plano. Orientação de nossa Corte Superior. IV. DISPOSITIVO E TESE 7. Recurso a que se dá provimento."

"Embargos de declaração. Apelação. Omissão não caracterizada. Cumprimento do disposto no art. 489, §1º, IV do CPC. Contradição não configurada. Defeito que se caracteriza intrinsecamente, no bojo do decisum, entre seus próprios termos. Divergência entre a argumentação constante do julgado e aquela desenvolvida pelo embargante que deve ser discutida em recurso próprio. Recurso desprovido."

Inconformado, em suas razões recursais, o recorrente alega violação ao artigo 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/1998 e ao artigo 489, § 1º, incisos IV e VI, do Código de Processo Civil. Sustenta, em síntese, que inexistente obrigação de custeio integral de tratamento realizado em estabelecimento não integrante da rede credenciada, fora das hipóteses excepcionais previstas em lei, bem como aduz ausência de fundamentação do acórdão recorrido quanto às teses suscitadas. Defende, ainda, a existência de dissídio jurisprudencial.

Contrarrazões apresentadas, id. 153.

É o brevíssimo relatório.

Trata-se, na origem, de ação de obrigação de fazer ajuizada por beneficiário de plano de saúde, objetivando o custeio/reembolso de internação psiquiátrica e tratamento realizado em clínica não credenciada, diante da alegação de inexistência, na rede disponibilizada pela operadora, de estabelecimento apto a fornecer o tratamento indicado pelo médico assistente. A sentença julgou improcedentes os pedidos, mas o acórdão deu provimento à apelação e condenou a operadora ao reembolso das despesas comprovadamente suportadas pelo autor.

Pois bem.

O presente recurso especial versa, em parte, 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.

Encontrando-se, portanto, a questão pendente de julgamento de mérito para fixação da tese que deverá ser observada pelos demais Tribunais nacionais, a hipótese é de se determinar o sobrestamento do feito, sem realização, por ora, do exame de admissibilidade do recurso, restando diferida a análise das demais controvérsias.

À vista do exposto, em observância ao artigo 1.030, 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, 2 de setembro de 2026

Desembargador **HELENO NUNES**
Terceiro Vice-Presidente