

Recurso Especial Cível nº 0043613-31.2024.8.19.0000

Recorrente: GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA - ASSIM SAÚDE

Recorrido: PEDRO HENRIQUE RODRIGUES SANDORA REP/P/S/GENITORA
MONIQUE RODRIGUES DE MATTOS

DECISÃO

Trata-se de recurso especial tempestivo, fls. 143/155, com fundamento no artigo 105, inciso III, alíneas “a” e “c”, da Constituição Federal, interposto em face de acórdãos da Décima Nona Câmara de Direito Privado, assim ementados:

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. PROCESSO CIVIL. PACIENTE PORTADOR DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. DETERMINAÇÃO DE CUSTEIO. NUMERÁRIO JÁ DEPOSITADO. NÃO COMPROVADA DISPONIBILIZAÇÃO DE HORÁRIO PARA TODOS OS TRATAMENTOS DEFERIDOS EM REDE CREDENCIADA. MELHOR INTERESSE DO MENOR. DECISÃO NÃO TERATOLÓGICA. CONTINUIDADE DO TRATAMENTO DURANTE O CURSO DA LIDE. DIREITO À SAÚDE. MANUTENÇÃO DA DECISÃO AGRAVADA. RECURSO DESPROVIDO.

EMENTA: EMBARGOS DE DECLARAÇÃO COM EFEITOS INFRINGENTES. PRÉ-QUESTIONAMENTO. PACIENTE PORTADOR DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. DETERMINAÇÃO DE CUSTEIO. LEVANTAMENTO DO NUMERÁRIO JÁ DEPOSITADO. OPOSIÇÃO DE ACLARATÓRIOS PELA EMPRESA RÉ. ALEGAÇÃO DE CONTRADIÇÃO. INEXISTÊNCIA. MERO INCONFORMISMO DO EMBARGANTE. REDISCUSSÃO DO MÉRITO. PRETENSÃO DE MODIFICAÇÃO DO JULGADO. IMPOSSIBILIDADE. VIA INADEQUADA. DECISÃO DEVIDAMENTE

FUNDAMENTADA. EMBARGOS REJEITADOS.

Nas suas razões recursais, o recorrente alega violação aos artigos 489, §1º, IV, do CPC e 12, inciso VI, da Lei 9.656/98.

Alega que, apesar de ter disponibilizado profissionais credenciados e não se tratar de urgência ou emergência, foi obrigada a manter custeio de clínica particular e, ainda, a efetuar depósito judicial para pagamento de tratamentos futuros apesar do inadimplemento recorrente do recorrido e de haver acórdão revogando a obrigatoriedade dos reembolsos/depósito antecipados.

Defende que o artigo 12, inciso VI, da Lei 9.656/98, limita as hipóteses de reembolso e de custeio direto de prestadores não credenciados aos casos de urgência e emergência e na impossibilidade do uso da rede credenciada própria. Alega que, ainda que se entenda pela obrigatoriedade de custeio, a norma legal não prevê o custeio direto, mas o reembolso a ser efetivado no prazo de 30 (trinta) dias e limitado aos valores praticados pela operadora. Aduz que a clínica escolhida pelo recorrido pratica preços muito acima do mercado, que alcançam o valor de R\$15.000,00 (quinze mil reais) mensais, enquanto a mensalidade do plano é de R\$ 326,79 (trezentos e vinte e seis reais e setenta e nove centavos).

Contrarrazões ausentes, fl. 166.

É o brevíssimo relatório.

O acórdão recorrido, ao determinar o depósito dos valores relativos à integralidade do custo de tratamento multidisciplinar em clínica particular, está em aparente divergência com relação a precedentes do Superior Tribunal de Justiça, que entende pela possibilidade de reembolso, em hipóteses excepcionais, limitado aos valores constantes nas tabelas das operadoras de plano de saúde. Confira-se:

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. NEGATIVA DE COBERTURA DAS TERAPIAS INDICADAS PARA O TRATAMENTO. 1. Discute-se nos autos a obrigação da operadora de plano de saúde em custear terapias indicadas pelo médico para o

tratamento de paciente diagnosticada com transtorno do espectro autista. 2. De acordo com a jurisprudência desta Corte, "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" (AgInt no AREsp n. 1.395.910/BA, relatora Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 3/9/2019, DJe de 30/9/2019). 3. Cabe às instâncias ordinárias, competentes para a análise das circunstâncias fáticas da causa, determinar se o tratamento postulado pela demandante tem ou não cobertura pelo plano contratado. E, assim, determinar a possibilidade de reembolso nos limites contratuais. 4. Quanto à cobertura de musicoterapia, a matéria foi enfrentada recentemente por esta Turma, tendo-se firmado entendimento pela obrigatoriedade de cobertura e pelo reembolso integral, na hipótese de ausência de profissional habilitado na rede credenciada. 5. "A musicoterapia foi incluída à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, que visa à prevenção de agravos e à promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, do Ministério da Saúde), sendo de cobertura obrigatória no tratamento multidisciplinar, prescrito pelo médico assistente e realizado por profissional de saúde especializado para tanto, do beneficiário portador de transtorno do espectro autista" (REsp n. 2.043.003/SP, relatora Ministra Nancy Andrigli, Terceira Turma, julgado em 21/3/2023, DJe de 23/3/2023.) Agravo interno provido parcialmente para determinar o retorno dos autos à origem, a fim de que o Tribunal

determine, mediante análise dos documentos dos autos, o reembolso devido, dentro dos limites contratuais. (AgInt nos EDcl no REsp n. 2.054.292/RS, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 11/3/2024, DJe de 14/3/2024.)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES. TEA. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. NÃO OCORRÊNCIA. 1. Ação de obrigação de fazer. 2. Ausentes os vícios do art. 1.022 do CPC, rejeitam-se os embargos de declaração. 3. Cabe ao juiz decidir, motivadamente, sobre os elementos necessários à formação de seu entendimento, não havendo falar em cerceamento de defesa quando o julgador, ao constatar nos autos a existência de provas suficientes para o seu convencimento, indefere pedido de produção de prova. 4. **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, e, nessas circunstâncias, poderá ser limitado aos preços e às tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde.** 5. Distinguem-se, da hipótese tratada na orientação jurisprudencial sobre o reembolso nos limites do contrato, as situações em que se caracteriza a inexecução do contrato pela operadora, causadora de danos materiais ao beneficiário, a ensejar o direito ao reembolso integral das despesas realizadas por este. Precedentes. 6. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp n. 2.541.292/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 19/8/2024, DJe de 22/8/2024.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. REVELIA. PRESUNÇÃO RELATIVA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. REEMBOLSO LIMITADO AOS VALORES INDICADOS NA TABELA DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. JURISPRUDÊNCIA DO STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. A revelia enseja a presunção relativa da veracidade dos fatos narrados pelo autor da ação, mas não justifica a imediata procedência do pedido. 2. 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 AgInt nos EDcl no AREsp n. 1.704.048/SP, Quarta Turma). 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, por exemplo, de inexistência ou de insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento*" (EAREsp n. 1.459.849/ES, Segunda Seção). 4. Agravo interno desprovido. (AgInt no REsp n. 2.021.343/RJ, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 1/7/2024, DJe de 8/7/2024.)

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DECISÃO DA PRESIDÊNCIA. RECONSIDERAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. LIMITAÇÃO DE SESSÕES. IMPOSSIBILIDADE. TRATAMENTO

FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO. LIMITAÇÃO À TABELA CONTRATADA. AGRAVO INTERNO PROVIDO PARA CONHECER DO AGRAVO E DAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL. 1. "Quanto ao tratamento multidisciplinar para autismo, reconheceu a Segunda Seção, (...), que é devida a cobertura, sem limite de sessões, admitindo-se que está previsto no rol da ANS, nos seguintes termos: 'a) para o tratamento de autismo, não há mais limitação de sessões no Rol; b) as psicoterapias pelo método ABA estão contempladas no Rol, na sessão de psicoterapia; c) em relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - Conitec, de novembro de 2021, elucida-se que é adequada a utilização do método da Análise do Comportamento Aplicada - ABA" (AgInt no REsp 1.941.857/SP, Relator Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, Quarta Turma, julgado em 29/8/2022, DJe de 31/8/2022). 2. 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). 3. **O entendimento desta Corte Superior é 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.** 4. Agravo interno provido. Recurso especial provido. (AgInt no AREsp n. 2.534.737/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta

Turma, julgado em 3/6/2024, DJe de 7/6/2024.)

Na hipótese, a análise do recurso especial dispensa o reexame de provas, assim como a interpretação de cláusulas contratuais, uma vez que a questão controvertida está devidamente delineada pelo acórdão recorrido. Assim, se faz necessário, tão somente, o enquadramento dos fundamentos fáticos assentados pelo Órgão Colegiado no sistema normativo, para que se conclua por determinada consequência jurídica, o que coaduna com a estreita via do recurso especial.

Assim, tendo havido o devido prequestionamento, estão preenchidos os requisitos de admissibilidade do recurso especial, prejudicando o exame das demais questões veiculadas em razão do efeito devolutivo integral à Instância Superior.

À vista do exposto, **ADMITO** o recurso especial, nos termos da fundamentação supra.

Subam os autos à Corte Superior. Intimem-se.

Rio de Janeiro, 27 de novembro de 2024.

Desembargador **MALDONADO DE CARVALHO**
Terceiro Vice-Presidente