



Embargos de Declaração na Apelação Cível nº 0818195-25.2023.8.19.0087

Embargante: **Unimed São Gonçalo Niterói Soc Coop Serv Med Hosp Ltda**

Embargada: **Nyella Nayara de Grava Lascas Fernandes**

Relator: **Desembargador Antonio Marreiros da Silva Melo Neto**

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO E OBSCURIDADE. PARCIAL PROCEDÊNCIA. INTEGRAÇÃO DO ACÓRDÃO. DELIMITAÇÃO DA FORMA DE CUMPRIMENTO DA OBRIGAÇÃO E DO LIMITE DAS ASTREINTES.

I. CASO EM EXAME:

1. Embargos de declaração opostos contra acórdão que deu parcial provimento à apelação para condenar a operadora de plano de saúde ao fornecimento ou custeio do tratamento multidisciplinar prescrito à autora, mantida a improcedência do pedido de indenização por danos morais.

2. A embargante sustenta omissão, contradição e obscuridade quanto à existência de profissionais credenciados, à prova da recusa de cobertura, ao preenchimento dos requisitos do art. 10, §13, da Lei nº 9.656/1998, ao alcance da obrigação imposta, à forma de seu cumprimento e à limitação das astreintes.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO:

3. Verificar se o acórdão embargado incorreu em omissão, contradição ou obscuridade, a justificar sua integração, especialmente quanto à forma de cumprimento da obrigação de fazer imposta à operadora de plano de saúde e à limitação das astreintes.

III. RAZÕES DE DECIDIR:

4. Não se verificam as alegadas omissões e contradições, porquanto o acórdão apreciou suficientemente a prova produzida, reconheceu a abusividade da negativa de cobertura e examinou os requisitos previstos no art. 10, §§12 e 13, da Lei nº 9.656/1998, inexistindo fundamento para rediscussão do mérito pela via dos embargos de declaração.

5. Configurada, contudo, obscuridade quanto à modalidade de cumprimento da obrigação, diante da utilização das expressões "fornecer ou custear" sem definição da ordem de observância.



6. Impõe-se integrar o acórdão para esclarecer que a operadora deverá, inicialmente, disponibilizar, no prazo fixado, o tratamento prescrito por meio de sua rede credenciada, com fornecimento do medicamento abrangido pela condenação, autorizando-se apenas subsidiariamente o atendimento fora da rede ou o reembolso integral das despesas comprovadamente suportadas pela beneficiária em caso de descumprimento da obrigação principal.

7. Também merece integração o julgado para limitar a multa cominatória ao montante de R\$ 14.000,00, preservando sua função coercitiva sem ensejar enriquecimento sem causa.

8. O acolhimento parcial dos embargos possui natureza meramente integrativa, sem modificação do resultado do julgamento.

9. Prequestionamento nos termos do art. 1.025, do CPC.

IV. DISPOSITIVO:

10. Embargos de declaração conhecidos e parcialmente providos, sem efeitos infringentes, apenas para integrar o acórdão, esclarecendo a forma de cumprimento da obrigação de fazer e limitando a multa cominatória ao valor de R\$ 14.000,00.

Tese de julgamento: A obscuridade quanto à forma de cumprimento da obrigação imposta à operadora de plano de saúde autoriza o acolhimento parcial dos embargos de declaração para integrar o acórdão, sem alteração do resultado do julgamento, definindo a ordem de cumprimento da obrigação e os limites das astreintes.

Dispositivos relevantes citados: arts. 1.022 e 1.025 do Código de Processo Civil; art. 10, §§12 e 13, da Lei nº 9.656/1998.

Jurisprudência relevante citada: STF, Tema 339; STJ, Tema 1365; TJRJ, Enunciado nº 340 da Súmula da Jurisprudência Predominante.

Vistos, relatados e discutidos estes autos de embargos de declaração na apelação cível nº 0818195-25.2023.8.19.0087.

ACORDAM os Desembargadores da Sétima Câmara de Direito Privado (antiga Décima Segunda Câmara Cível) do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro em julgar o presente recurso de acordo com a certidão de julgamento.

Unimed São Gonçalo Niterói Soc Coop Serv Med Hosp Ltda ofereceu embargos de declaração em face do acórdão de fls. 14 a 24, o qual deu parcial provimento ao recurso de apelação interposto por **Nyella Nayara de Grava Lascas Fernandes**. Assim, reformou parte da sentença a fim de compelir a embargante ao fornecimento dos medicamentos e à cobertura de tratamento, descritos e indicados por laudo de especialista que assistia à embargada, mantendo, ademais, a improcedência quanto à indenização por danos morais. Eis a ementa do aresto embargado:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PARA REABILITAÇÃO APÓS CIRURGIAS DE COLUNA. ROL DA ANS. LEI Nº 14.454/2022. COBERTURA PARCIALMENTE DEVIDA. DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS. TEMA 1365 DO STJ. PARCIAL PROVIMENTO DO RECURSO.

I. CASO EM EXAME:

1. Apelação interposta contra sentença que julgou improcedentes os pedidos formulados em ação de obrigação de fazer cumulada com indenizatória ajuizada por beneficiária de plano de saúde.
2. A autora alega ser portadora de dor neuropática e ter sido submetida a cirurgias de coluna vertebral, necessitando de acompanhamento multidisciplinar voltado à reabilitação física, incluindo endocrinologia, nutrição, avaliações corporais e uso de medicação específica.
3. Sustenta que não encontrou profissional habilitado na rede credenciada da operadora e que houve recusa indevida de cobertura e de reembolso das despesas realizadas.

II. QUESTÕES EM DISCUSSÃO:

4. Há três questões em discussão: (i) verificar se a operadora está obrigada a fornecer ou custear o tratamento multidisciplinar prescrito à autora; (ii) definir se os procedimentos e medicamentos indicados podem ser abrangidos pela cobertura contratual à luz da Lei nº 14.454/2022; e (iii) examinar a configuração de danos morais em razão da recusa de cobertura.

III. RAZÕES DE DECIDIR:

5. A relação jurídica estabelecida entre as partes é de consumo, aplicando-se o CDC.

6. Os laudos médicos acostados demonstram que a autora apresenta quadro de radiculopatia crônica bilateral das raízes L4/L5, com dores intensas, dormência e perda funcional.
7. Comprovada a necessidade médica das consultas com endocrinologista e nutricionista, bem como dos procedimentos correlatos voltados ao acompanhamento terapêutico da autora.
8. A operadora recusou a cobertura ao argumento de inexistência de previsão contratual, ausência de especialidade no rol da ANS e ausência de credenciais específicas do médico assistente.
9. A Lei nº 14.454/2022 alterou a Lei nº 9.656/1998 para estabelecer que o rol de procedimentos da ANS possui natureza exemplificativa de referência, admitindo-se cobertura de procedimentos não expressamente previstos, desde que preenchidos os requisitos do art. 10, §13, da Lei nº 9.656/1998.
10. A exclusão de meios necessários ao tratamento da doença coberta revela-se abusiva, aplicando-se ao caso o Enunciado nº 340 da Súmula da Jurisprudência Predominante do TJRJ.
11. Medicamento, embora não integrante do rol obrigatório da ANS, possui indicação terapêutica voltada à reabilitação muscular e metabólica, havendo comprovação mínima de eficácia clínica apta a justificar o custeio no caso concreto.
12. As avaliações corporais não possuem cobertura obrigatória específica no rol da ANS nem demonstração suficiente de obrigatoriedade autônoma para fins de imposição integral à operadora, mas integram a terapêutica necessária.
13. Em razão do lapso temporal transcorrido desde a emissão do laudo médico apresentado nos autos, impõe-se a atualização da prescrição médica, no prazo de cinco dias, como condição para cumprimento da obrigação pela operadora.
14. No tocante aos danos morais, aplica-se a tese firmada no Tema 1365 do STJ, segundo a qual a simples negativa indevida de cobertura médico-assistencial não enseja automaticamente dano moral presumido.
15. No caso concreto, não houve demonstração de circunstâncias excepcionais aptas a evidenciar efetivo abalo relevante aos direitos da personalidade da autora, razão pela qual não se configura o dever de indenizar.
16. Reembolso da consulta afastado, porquanto não demonstrada a recusa da ré à cobertura; endocrinologia esportiva que não se constitui como especialidade médica.

IV. DISPOSITIVO E TESE:

17. Recurso conhecido e parcialmente provido para determinar que a operadora forneça ou custeie o tratamento prescrito à autora, após apresentação de laudo médico atualizado, mantida a improcedência do pedido de indenização por danos morais.

Tese de julgamento: “A operadora de plano de saúde deve custear tratamento multidisciplinar indispensável à reabilitação de doença coberta contratualmente, ainda que determinados procedimentos não estejam expressamente previstos no rol da ANS, desde que preenchidos os requisitos do art. 10, §13, da Lei nº 9.656/1998. A simples recusa indevida de cobertura não configura, por si só, dano moral presumido, nos termos do Tema 1365 do STJ.”

Dispositivos relevantes citados: arts. 6º, IV, 14 e 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor; art. 10, §§12 e 13, da Lei nº 9.656/1998, com redação dada pela Lei nº 14.454/2022; arts. 300 e 487, I, do Código de Processo Civil.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Tema 1365; TJRJ, Enunciado nº 340 da Súmula da Jurisprudência Predominante; STJ, REsp nº 2.197.574/SP; STJ, REsp nº 2.165.670/SP.

Em suas razões, o embargante sustenta, em síntese, que o acórdão embargado padece de omissões por não se manifestar sobre: (i) existência de profissionais na rede credenciada, nas especialidades requeridas pela autora; (ii) ausência de prova de recusa de atendimento; (iii) a autora não se desincumbir de da prova dos fatos constitutivos de seu direito e (iv) a demonstração dos requisitos previstos no art. 10, §13, da Lei nº 9.656/1998.

O embargante ainda alega que o acórdão é contraditório no que diz respeito a reconhecer a ausência de cobertura obrigatória do Hidroximetilbutirato – HMB, da bioimpedanciometria, da antropometria e de determinadas avaliações corporais, e que o dispositivo teria determinado, de maneira abrangente, o custeio do “tratamento conforme requerido”.

Alega ainda que há obscuridade no julgado porquanto ter deixado de efetuar a delimitação objetiva e temporal da obrigação imposta, bem como estabelecer



se esta se restringe em “custear” ou “fornecer” o tratamento requerido, além de não determinar as limitações da multa cominada.

Pleiteia a atribuição de efeitos infringentes, para que seja restabelecida a sentença de improcedência, ou, subsidiariamente, que o acórdão seja integrado com delimitação da obrigação de cobertura, procedimentos e itens efetivamente abrangidos pelo contrato e pela legislação aplicável.

O embargante, para fins de prequestionamento, conforme enumera, requer que o relator se pronuncie sobre diversos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais.

É o relatório.

O presente recurso é tempestivo e deve ser conhecido, conforme certificado às fls. 48.

Versam estes embargos declaratórios sobre alegados vícios, omissão, contradição e obscuridade no acórdão, o qual reformou sentença a fim de compelir o embargante ao fornecimento ou custeio dos medicamentos e procedimentos indicados por laudo médico que acompanha a embargada.

De fato, como claramente se verifica da fundamentação, que abaixo se transcreve, o acórdão deu adequada solução à controvérsia, devendo ser afastada qualquer pretensão em atribuir efeitos infringentes aos presentes embargos de declaração:

Inicialmente, deve-se assinalar que a relação jurídica é de consumo, já que as partes litigantes se enquadram nos conceitos de consumidora e fornecedor de serviços de assistência à saúde, nos moldes do CDC.

A controvérsia recursal cinge-se ao atendimento requerido pela apelante, segundo a qual recusado pela operadora, no tocante a procedimentos de reabilitação e recuperação de autonomia física, após realização de três cirurgias na coluna vertebral para enfrentamento a quadro de dor neuropática.

A ré, por sua vez, aduz que o contrato firmado entre as partes não prevê a livre escolha de profissionais fora da rede credenciada,



tampouco a hipótese de reembolso e que não houve falha na prestação do serviço, porquanto a operadora oferece os serviços descritos no laudo anexado aos autos.

Analizando as provas produzidas, a par de dois laudos médicos acostados, verifica-se que a autora, foi diagnosticada com quadro de *radiculopatia crônica bilateral das raízes L4/L5*, condição que além de dores agudas, causa dormência e fraqueza muscular.

Como recomendação médica, além das três cirurgias a que se submeteu foi indicado à paciente:

APÓS ATENDIMENTO, FOI SUGERIDO ACOMPANHAMENTO MÉDICO E NUTRICIONAL DURANTE PERÍODO DE 6 MESES COM CONSULTAS BIMESTRAIS, PRÉ AGENDADAS E COM ATENDIMENTOS AVULSOS PARA ORIENTAÇÕES E/OU SUPORTE, SOB DEMANDA, CASO NECESSÁRIO. TAMBÉM FOI SUGERIDO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO INICIAL COM HIDROXIMETILBUTIRATO 150MG INTRAMUSCULAR DE FREQUÊNCIA SEMANAL, CONFORME RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA DA ANVISA Nº 67, DE 8 DE OUTUBRO DE 2007, PARA APLICAÇÃO NA CLÍNICA, SOB SUPERVISÃO MÉDICA E DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, COM A NECESSIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO DE NOVAS MEDIDAS E NOVAS MEDICAÇÕES APÓS RESULTADO DE EXAMES SOLICITADOS NESSE PRIMEIRO ATENDIMENTO.

Dessa forma, comprovada a necessidade do atendimento, face às condições de saúde que a autora apresentava, assim foi discriminada a terapêutica necessária:

20101090 - Avaliação da composição corporal por antropometria - R\$ 70 - Quantidade: 3 - Total: R\$210,00
50000560 - Consulta ambulatorial por nutricionista - R\$ 200,00 - Quantidade: 3 - Total: R\$600,00
10101012 - Consulta Médica em consultório (no horário normal ou preestabelecido) - R\$ 200,00 - Quantidade: 3 - Total: R\$600,00
20101104 - Avaliação da composição corporal por bioimpedanciometria - R\$ 100,00 - Quantidade: 3 - Total: R\$300,00
41301048 - Bioimpedanciometria (ambulatorial) exame - R\$ 100,00 - Quantidade: 3 - Total: R\$300,00
41301404 - Avaliação da função muscular por movimento manual (por membro) - R\$ 100,00 - Quantidade: 3 - Total: R\$300,00
Medicação - Hidroximetilbutirato 150MG IM - R\$50,00 a unidade/aplicação - Quantidade: 8 - Total: R\$400,00

Por outro lado, igualmente demonstrado que a operadora se recusou à cobertura requerida, ao argumento genérico de que o médico assistente não possuía as credenciais necessárias para a prescrição, que o contrato celebrado não previa aquele atendimento ou que a especialidade requerida não guardava relação com o rol de procedimentos, anexo à Resolução Normativa 465/2021.



Com razão a apelante, o recurso merece ser provido em parte.

Cediço que não cabe aos planos de saúde o custeio ou cobertura de substâncias enquadradas como de *suplemento alimentar*, sendo este o caso do *Hidroximetilbutirato 150MG IM*, ou HMB, o qual tem o registro na agência dispensado.

De outro turno, os exames denominados *avaliação corporal por antropometria* e *bioimpedanciometria* também não estão categorizados como procedimentos de cobertura obrigatória específica, no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, tampouco possuem DUT própria relevante para cobertura ampla.

Todavia, vale lembrar que a Lei nº 14.454/2022, ao alterar a Lei nº 9.656/1998, estabeleceu critérios que permitiram a cobertura de exames ou tratamentos de saúde não incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

Assim, diante da nova legislação específica acerca da matéria, o rol de procedimentos da ANS torna-se listagem de referência para os planos de saúde, nos termos do art. 1º da lei alteradora cumulado com o §12, do art. 10, da Lei nº 9.656/1998, a seguir transcrito:

Art. 1º. Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

-

Art. 10.

-

§12. 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.”

Já o §13, desse mesmo artigo, igualmente incluído pela Lei nº 14.454/2022, dispõe que em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no §12 deste artigo, 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 nacionais.

Frise-se que o HMB 150mg IM, é medicação intramuscular, de eficácia reconhecida por associações internacionais de nutrição e metabolismo, devendo ser ministrada em ambiente ambulatorial. Os demais itens, como consultas médicas e a nutricionistas, já integram os itens de cobertura obrigatória.

No que diz respeito aos exames *avaliação corporal por antropometria e bioimpedanciometria*, devem ser também cobertos, uma vez que integram o conjunto de avaliações com fins de definir as terapêuticas de que necessita a paciente.

Nesse sentido, aplica-se ao presente caso o Enunciado 340, da Súmula da Jurisprudência Predominante do TJRJ, a seguir transcrito:

Nº 340. Ainda que admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor, revela-se abusiva a que exclui o custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento da doença coberta pelo plano.

Logo, a cobertura requerida deve ser autorizada pela operadora, caracterizando-se a recusa como abusiva.

Por outro lado, verifica-se que o laudo, em id: 92683287, tem data de 06 de novembro de 2023, e face ao lapso de tempo transcorrido, deve ser apresentado outro, atualizado, determinando-se o prazo de cinco dias de sua apresentação pela apelante para o seu cumprimento por parte do plano de saúde.

No que tange aos danos morais que a autora alega ter suportado, deve ser aplicado o recente entendimento expresso no Tema 1365, do STJ.

Com efeito, após o julgamento dos recursos afetados pelo rito dos repetitivos, REsp 2.197.574/SP e 2.165.670/SP, a Segunda Seção fixou a seguinte tese:

A simples recusa indevida de cobertura médico-assistencial pela operadora de plano de saúde não gera, por si só, dano moral presumido (*in re ipsa*), sendo necessária a demonstração de circunstâncias concretas que evidenciem abalo relevante aos direitos da personalidade do beneficiário.

Dessa forma, no caso presente, verifica-se não ter havido a *demonstração de circunstâncias concretas que evidenciem abalo relevante aos direitos da personalidade do beneficiário*.

Veja-se, em caso análogo:

DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE DIAGNOSTICADO PUBERDADE PRECOCE. NEGATIVA DE COBERTURA DO MEDICAMENTO NEO DECAPEPTYL 22,5MG (EMBONATO DE TRIPTORRELINA). SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. RECURSO DO AUTOR. MEDICAMENTO INJETÁVEL COM SUPERVISÃO PROFISSIONAL. EXCEÇÃO À EXCLUSÃO DE MEDICAMENTO DOMICILIAR. NEGATIVA ABUSIVA. DANO MORAL NÃO CONFIGURADO. PARCIAL PROVIMENTO.

I - CASO EM EXAME

1. Apelação apresentada pelo autor contra a sentença que julgou improcedentes os pedidos de custeio de medicamento Neo Decapeptyl 22,5mg (embonato de triptorrelina) e de indenização por danos morais.

II - QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em saber se (i) a operadora de plano de saúde está compelida ao custeio do medicamento Neo Decapeptyl 22,5mg (embonato de triptorrelina) prescrito ao autor, diagnosticado com puberdade precoce (CID E22.8/E34.3); (ii) os fatos narrados ensejam o pagamento de indenização por danos morais.

III - RAZÕES DE DECIDIR

3. O art. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998, expressamente exclui da cobertura obrigatória o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvadas hipóteses específicas previstas no art. 12, I, "c", e II, "g", atinentes a tratamentos antineoplásicos orais e correlatos.

4. A jurisprudência consolidada do STJ reafirma a licitude da exclusão, no âmbito da Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto nos casos de antineoplásicos orais (e correlacionados), medicação assistida (home care), e aqueles incluídos no rol da ANS para esse fim.

5. O medicamento Neo Decapeptyl é injetável e exige supervisão de profissional de saúde, conforme atesta a bula, o que o insere na exceção que obriga o custeio pela operadora do plano de saúde.

6. Abusividade na negativa de cobertura.

7. Danos morais não configurados. Apesar da provável aflição gerada, não há notícia nos autos de circunstâncias concretas capazes de evidenciar abalo psicológico relevante ao usuário.

8. A simples recusa indevida de cobertura médico-assistencial por operadora de plano de saúde não gera, por si só, dano moral presumido (in re ipsa), sendo imprescindível a presença de outros elementos que permitam constatar a alteração anímica da vítima em grau suficiente para ultrapassar o mero aborrecimento ou dissabor. Entendimento do STJ firmado no Tema Repetitivo nº 1.365.

IV - DISPOSITIVO

Recurso parcialmente provido.

Dispositivos relevantes citados: Lei nº 9.656/1998, 10, VI.

Jurisprudência relevante citada: STJ. REsp n. 2.178.466/PE, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 10/11/2025, DJEN de 17/11/2025.); STJ, Tema Repetitivo nº 1.365.?

(0835651-10.2023.8.19.0209 - APELAÇÃO. Des(a). CRISTINA SERRA FEIJO - Julgamento: 14/04/2026 - VIGESIMA SEGUNDA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 23ª CÂMARA CÍVEL))

Quanto ao pedido de reembolso da consulta paga pela autora, não há reparo a fazer na sentença apelada, porquanto não demonstrada a recusa do plano à cobertura requerida; no que toca à inexistência da especialidade *endocrinologia esportiva* na rede, tem-se que esta não se constitui propriamente como especialidade médica, mas simples área de atuação do endocrinologista.

Pelo exposto, a apelação deve ser CONHECIDA e EM PARTE PROVIDA, a fim de que a operadora de plano de saúde apelada, após a apresentação do laudo médico, seja obrigada, em cinco dias, a fornecer ou custear o tratamento conforme o requerido, sob pena



de multa diária de R\$ 350,00. Em face do resultado deste recurso, os honorários advocatícios devem ser suportados pelas partes, em 10% sobre o valor da causa a ser pago, pela parte contrária, a cada um dos advogados adversos. Custas rateadas, observada a concessão da JG à autora.

Com efeito, a omissão que autoriza o manejo dos embargos declaratórios consiste na falta de expressa manifestação sobre questão de fato ou de direito relevante para o julgamento do recurso, o que não se verifica na hipótese.

De fato, o julgado enfrentou de modo satisfatório todos os pontos imprescindíveis para a solução da controvérsia, no que diz respeito: à recusa da operadora em fornecer tratamento e medicamentos requeridos pela autora, nos termos do art. 10, §§12 e 13, da Lei nº 9.656/1998, inclusive no que diz respeito à especialidade do médico que a assistia, não se demonstrando, no caso, qualquer ato que violasse a ética médica, a despeito de que, ainda assim, sendo inscrito no CRM, o profissional está habilitado a exercer a medicina em todas as suas áreas.

Quanto à contradição, ela inexistente.

Não há qualquer incompatibilidade lógica entre partes do acórdão, sendo o pronunciamento judicial íntegro e coerente, bastando, para constatá-lo, a simples leitura do julgado. No caso dos presentes autos, o HMB deve ser coberto já que a exclusão aplicável se refere ao suplemento de uso comum ou domiciliar, mas não à formulação intramuscular prescrita no laudo. O mesmo ocorrendo com a *avaliação corporal por antropometria e bioimpedanciometria* que devem também ser cobertos nos termos do §13, do art. 10, da Lei nº 9.656/1998.

No que diz respeito às alegadas obscuridades, assiste parcial razão à apelante, porquanto o julgado não teria efetuado a delimitação objetiva e temporal da obrigação imposta.

Com efeito, ao determinar que o plano de saúde “forneça ou custeie o tratamento conforme o requerido”, o acórdão estabeleceu suficientemente o objeto da obrigação, consistente no tratamento prescrito à autora.

Todavia, o emprego alternativo das expressões “fornecer” e “custear”, sem a definição da ordem em que devem ser observadas, suscita dúvida objetiva



quanto à modalidade inicial de cumprimento e quanto às consequências decorrentes da ausência de disponibilização do tratamento no prazo assinalado.

Sendo assim, impõe-se integrar o julgado, sem alteração do resultado, para esclarecer que compete inicialmente à operadora, no prazo de cinco dias contado da apresentação do laudo médico atualizado, garantir o efetivo fornecimento do tratamento prescrito, inclusive mediante disponibilização e agendamento de profissional habilitado de sua rede credenciada, bem como o fornecimento do medicamento prescrito e compreendido no título judicial.

A mera indicação abstrata de prestador, desacompanhada da efetiva disponibilização do atendimento dentro do prazo ora fixado, não será suficiente para confirmar o cumprimento da obrigação.

Caso a operadora não garanta o tratamento no referido prazo, a autora está autorizada, independentemente de novo requerimento, a buscar profissional habilitado fora da rede credenciada ou a adquirir diretamente o medicamento prescrito e abrangido pela condenação, quando caberá à ré efetuar o pagamento diretamente ao prestador ou fornecedor ou, no caso de a beneficiária suportar as despesas, proceder ao seu respectivo reembolso integral, mediante apresentação dos comprovantes.

A autorização para atendimento externo ou aquisição direta constitui medida subsidiária, condicionada ao descumprimento da obrigação principal pela operadora e não representa reconhecimento de direito irrestrito à livre escolha enquanto houver atendimento adequado e tempestivamente disponibilizado na rede credenciada.

No que tange à multa cominada em caso de descumprimento da obrigação, a qual fora fixada em R\$ 350,00 por dia, entende-se que a limitação de valores tem se mostrado adequada, a fim de que se evite o enriquecimento imotivado, razão por que se limita a R\$ 14,000,00, quantia suficiente e compatível com a natureza da obrigação.

De outro turno, frise-se que o órgão julgador não está obrigado a rebater, de forma individualizada, todos os argumentos suscitados pelas partes. Basta que enfrente as questões essenciais à solução da controvérsia, conforme jurisprudência consolidada no STF, a partir do Tema 339.



Finalmente, vale lembrar que o CPC de 2015 consagrou o instituto do prequestionamento ficto, em seu art. 1.025, dispondo que *'consideram-se incluídos no acórdão os elementos que o embargante suscitou, para fins de pré-questionamento, ainda que os embargos de declaração sejam inadmitidos ou rejeitados'*.

Portanto, a simples oposição destes embargos de declaração já é condição suficiente para garantir o acesso às instâncias superiores.

Pelo exposto, voto no sentido de **CONHECER** destes embargos de declaração e a eles dar **PARCIAL PROVIMENTO** apenas no que concerne a reconhecer as obscuridades apontadas, para fins de integralização do acórdão, nos termos da fundamentação supra, com limitação da multa diária, em caso de descumprimento, de R\$ 350,00, a R\$ 14.000,00.

Rio de Janeiro, datado e assinado digitalmente.

ANTONIO MARREIROS DA SILVA MELO NETO
Desembargador Relator