

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.475 - SP (2019/0234721-8)

RELATOR : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**
R.P/ACÓRDÃO : **MINISTRO MARCO BUZZI**
RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) - SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N D A S I D E A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISES DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A D E D D O S U S P S D E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N D A S E D E S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N D E S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B D E M D E G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

EMENTA

RECURSO ESPECIAL - PLANO DE SAÚDE - INDISPONIBILIDADE DE PRESTADOR DE SERVIÇO CREDENCIADO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA - OPERADORA QUE DESCUMPRE O DEVER DE GARANTIR O ATENDIMENTO NO MESMO MUNICÍPIO, AINDA QUE POR PRESTADOR NÃO

INTEGRANTE DA REDE ASSISTENCIAL - INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS QUE ESTABELECEM O DEVER DE REEMBOLSO INTEGRAL, PORÉM NO PRAZO DE 72 HORAS.

Hipótese: Controvérsia afeta à possibilidade de considerar cumprida a obrigação do plano de garantir acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos para atendimento das coberturas, na hipótese de indisponibilidade de prestador de serviço credenciado no município de abrangência do plano, quando existir nosocômio credenciado em município limítrofe.

1. Nos termos da Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS, em caso de indisponibilidade de prestador credenciado 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 o atendimento, preferencialmente, no âmbito do mesmo município, ainda que por prestador não integrante da rede assistencial da operadora do plano de saúde, cujo pagamento se dará mediante acordo entre as partes (operadora do plano e prestador).

1.1 Somente em caso de inexistência de prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município é que será devido o atendimento em município limítrofe.

2. No caso, deixou a operadora de indicar profissional/nosocômio apto a proceder ao atendimento da autora no mesmo município de abrangência, bem como não autorizou o tratamento da demandante em prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município, de modo que abusiva a negativa de custeio.

2.1 Seja em razão da primazia do atendimento no município pertencente à área geográfica de abrangência, ainda que por prestador não integrante da rede credenciada, seja em virtude da não indicação pela operadora de prestador junto ao qual tenha firmado acordo, bem como diante da impossibilidade de a parte autora se locomover a município limítrofe, afigura-se devido o reembolso integral das despesas realizadas, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, conforme previsão expressa do artigo 9º da RN nº 259/11 da ANS.

3. Recurso especial provido, em parte, apenas para estabelecer o prazo de reembolso em 30 dias.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, após o voto-vista da Ministra Maria Isabel Gallotti dando parcial provimento ao recurso especial, em menor extensão, e a adequação do voto do Ministro Marco Buzzi no mesmo sentido, e o voto do Ministro Antonio Carlos Ferreira acompanhando a divergência, por maioria, dar parcial provimento ao recurso especial, nos termos do voto divergente do Ministro Marco Buzzi, que lavrará o acórdão. Vencido o relator. Votaram

Superior Tribunal de Justiça

com o Sr. Ministro Marco Buzzi (Presidente) os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti e Antonio Carlos Ferreira.

Brasília (DF), 27 de setembro de 2022 (Data do Julgamento)

MINISTRO MARCO BUZZI
Relator

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.475 - SP (2019/0234721-8)

RELATOR : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**
RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) - SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N D A S I D E A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISES DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A D E D D O S U S P S D E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N D A S E D E S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N D E S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B D E M D E G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

VOTO VENCIDO

O SENHOR MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO:

1. A. S. A. ajuizou ação de obrigação de fazer em face da Operadora de Plano de Saúde C. T. de S. P., sustentando que, desde 2011, tem passado por uma série de problemas de saúde e que, durante seu tratamento realizado naquele ano, foi atendida pelo Hospital Maternidade Santana, pois a ré mantinha rede médica e hospitalar credenciada no seu município.

Superior Tribunal de Justiça

Expõe que "recentemente a Ré simplesmente cancelou os contratos de credenciamento com toda rede disponível em Mogi das Cruzes, e, verificando inclusive junto a sua página na internet, podemos observar que no link da sua 'Rede Credenciada' não há nenhum hospital ou clínica desta Comarca".

Aponta que não recebeu nenhuma notificação pessoal prévia referente aos descredenciamentos e que, diagnosticada com câncer em julho de 2014, "desde então iniciou uma batalha junto a Ré visando obter atendimento médico dentro desta Comarca".

Acena que a demandada sempre informa que caberia à usuária se deslocar até o Município de São Paulo, todavia, "devido ao trauma decorrente de gravíssimo acidente ocorrido em 4 de fevereiro de 1984, 'desenvolveu uma séria depressão e síndrome do pânico, a qual, embora em tratamento já há muitos anos, a impede de se locomover em estradas, e principalmente de ir até São Paulo, destino para onde a Autora nunca mais foi após o fato acima narrado".

Pondera ser impossível deslocar-se para São Paulo em busca de tratamento - o que ocorreria diversas vezes -, para exames e sessões de radioterapia e quimioterapia.

Obtempera que, "como está em tratamento médico, a Autora não consegue de forma eficaz migrar de plano de saúde neste momento, estando presa a um contrato que não lhe atende e a abandonou a sua própria sorte".

Acena que o contrato de adesão, tão utilizado para firmar a relação entre o consumidor e a operadora de saúde, embora se apresente rígido no momento da contratação, pode eventualmente sofrer modificação corretiva com base no Código de Defesa do Consumidor.

O Juízo da 3ª Vara Cível da Comarca de Mogi das Cruzes julgou procedente o pedido formulado na inicial para condenar a ré a custear integralmente "qualquer necessidade que esteja abrangida pela cobertura do plano de saúde contratado (e desde que haja profissionais disponíveis neste município, ainda que não credenciados)".

Interpôs a ré apelação para o Tribunal de Justiça de São Paulo, que negou provimento ao recurso.

A decisão tem a seguinte ementa:

INTERESSE PROCESSUAL - Contrato - Prestação de serviços - Plano de saúde - Alegada ausência de negativa de cobertura do tratamento, na rede referenciada - Inexistência de atendimento na área de abrangência contratada - Interesse de agir Configuração Necessidade de a autora pleitear, judicialmente, que a seguradora lhe garanta a cobertura contratada - Preliminar rejeitada Recurso improvido.

Superior Tribunal de Justiça

JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE - Existência de prova suficiente para a formação da convicção do juiz - Não caracterização de cerceamento de defesa, ainda que haja pedido expresso de dilação probatória Preliminar rejeitada - Recurso improvido.

CONTRATO Prestação de serviços Plano de saúde - Pretensão da segurada em realizar a terapia na cidade que faz parte da área de abrangência da seguradora e onde não há atendimento médico -hospitalar - Acolhimento - Cobertura da terapia - Obrigatoriedade - Inteligência do art. 4º da Resolução Normativa 259 da ANS - Sujeição dos gastos, realizados com médicos particulares, a reembolso - Hipótese de descabimento Recurso improvido.

Opostos embargos de declaração, foram rejeitados.

Sobreveio recurso especial da operadora do plano de saúde, com fundamento na alínea a do permissivo constitucional, suscitando violação dos arts. 130, 369, 370, 373 e 1.022 do CPC; 10, I, e 12, VI, da Lei n. 9.656/1998; 54 do CDC; e 188, 421, 757 e 884 do CC.

Alega a recorrente omissão, cerceamento de defesa e que, ao acolher o pedido da autora para impor o custeio de tratamento em hospital que não integra a rede credenciada ao Plano de Saúde, as instâncias ordinárias violaram o art. 10, inciso I, e 12, inciso VI, da Lei n. 9656/1998.

Pondera ser "fato notório, até para o mais hipossuficiente dos consumidores, que há uma rede credenciada a ser utilizada e que há procedimentos que não são abrangidos pelo contrato, procedimentos estes cuja exclusão" é permitida por lei.

Diz haver limites à interpretação mais favorável visando proteger o consumidor de práticas abusivas, e não de sua própria desídia e até má-fé.

Obtempera que a questão é peculiar e que não se discute a simples exclusão de cobertura assistencial, ante a inexistência do procedimento no rol de coberturas obrigatórias, mas a desconsideração do contrato e dos "ditames da lei, especificamente, os violados artigos 10, inciso I e artigo 12, inciso VI da Lei 9656/98".

Assevera que possui todo o aparato para cobrir o tratamento da autora, não se podendo admitir que esta imponha hospital fora da rede credenciada, como também para a manutenção de todo o atendimento no Município de Mogi das Cruzes.

Sustenta que o art. 1º da Resolução ANS n. 268/2011 estabelece a possibilidade de estabelecimento de área geográfica de abrangência, pois se "tem na rede credenciada desta operadora, como relatado pelo perito nomeado nos autos, há de se convir que o equilíbrio atuarial de nenhuma operadora de planos de saúde não seria mantido caso houvesse cobertura a este procedimento como requerido pelo recorrido. E não se conhece, no mercado, nenhuma que assim contratualmente cubra".

Superior Tribunal de Justiça

Afirma que a Corte local desvirtua a função social do contrato, com desrespeito à predeterminação de riscos da avença, não havendo abusividade de cláusula ou caracterização de ato ilícito, pois trata-se de exercício regular de direito.

Dei provimento ao Agravo em Recurso Especial n. 1.556.079/SP para determinar a sua conversão no presente recurso especial.

Em vista da constatação de que, no âmbito dos tribunais, são recorrentes controvérsias semelhantes em processos com decisões conflitantes e que, em precedente da relatoria da eminente Ministra Nancy Andrighi, REsp n. 1.575.764/SP, a Terceira Turma expressamente propôs uma revisão da jurisprudência do STJ mediante uma releitura do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, para admitir o reembolso de tratamento - mesmo sem caráter de urgência ou emergência - fora da rede credenciada, à luz do que preceitua o art. 138 do CPC, oportunistei a participação, na qualidade de *amicus curiae*, de entidades com representatividade adequada, determinando que lhes fosse dada ciência, facultando-se-lhes manifestação no prazo de 15 dias úteis (art. 138 da Lei n. 13.105/2015).

Foi proposto aos amigos da Corte que trouxessem subsídios ao julgamento da tese controvertida e que apresentassem respostas aos seguintes quesitos: a) há imposição de reembolso de despesas fora da rede credenciada ao plano de saúde, mesmo em se tratado de atendimento sem caráter de urgência ou emergência a que alude o art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998?; b) é possível que a inobservância da rede credenciada cause desestruturação administrativa aos planos de saúde, ou mesmo aumento de custos e reflexamente oferecimento de planos de saúde mais caros ao mercado?; c) é compatível com a liberdade contratual impor que o plano de saúde mantenha, por via reflexa, relação com prestadores de serviços não credenciados, eventualmente até mesmo previamente descredenciados?; d) é possível ao plano de saúde fazer o mesmo controle acerca da higidez das despesas em caso de atendimento por prestador de serviços fora da rede credenciada?; e) o consumidor tem a mesma *expertise* da operadora do plano de saúde para aferir a efetivação dos procedimentos e do uso dos materiais cobrados por prestadores de serviços fora da rede credenciada?; f) tendo em vista de ser direito da operadora do plano de saúde submeter procedimentos solicitados a seu médico auditor, é possível conciliar essa atuação com atendimentos eletivos realizados por médicos não credenciados?; g) a solução adotada pela Terceira Turma permite a viabilização econômica para formação ou manutenção de cooperativa de médicos tendo por objeto o oferecimento de plano de saúde?; h) em regra, pode o juiz invocar regra infralegal da ANS aplicável, mas, mediante exame subjetivo de razoabilidade efetuado pelo julgador, eleger as disposições que serão aplicáveis a determinado usuário?; i) o Judiciário está devidamente aparelhado para estabelecer soluções personalizadas, à margem da normatização legal ou infralegal cogente?; j) é possível que seja inviável atuarialmente aplicar soluções personalizadas para afastamento de

Superior Tribunal de Justiça

regras cogentes legais ou infralegais aplicáveis à generalidade dos usuários do plano de saúde?; k) é possível que não sejam computados nos cálculos atuariais para precificação dos planos de saúde, imposição de custeio integral de despesas, desprezando-se a tabela do plano de saúde?; l) o usuário pode efetuar a portabilidade para plano de saúde de outra operadora aproveitando todas as carências ou há circunstâncias que dificultam ou mesmo inviabilizam essa operação?; m) a imposição de ressarcimento de despesas de tratamento eletivo fora da rede credenciada é compatível com a disposição legal que permite a possibilidade de estabelecimento de área de abrangência geográfica (art. 16, X, da Lei n. 9.656/1998) e com o "plano- referência", inclusive com a teleologia de sua criação pelo legislador?; n) pode haver descredenciamento de hospital sem comunicação formal e pessoal a cada usuário do plano de saúde?

A autarquia federal Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, como *amicus curiae*, declarou:

A Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos explanou que a tese a ser fixada no feito atinge potencialmente a autonomia regulatória da ANS, o que justifica o seu ingresso como amicus curiae. As três condições previstas no art. 138 do Código de Processo Civil para admissão de entidade pública como amicus curiae são preenchidas de forma cumulativa pela ANS (relevância da matéria, especificidade do tema objeto da demanda e repercussão social da controvérsia).

[...]

O Diretor-Presidente Substituto da Agência Nacional de Saúde ressaltou que no caso em tela após a manifestação da área técnica entendemos que a ANS deveria participar da lide por envolver tema regulatório relevante, in casu, gestão da rede credenciada e custeio de despesas pela Operadora de Planos de Saúde.

[...]

Da leitura do acórdão do citado recurso especial se verifica que foi construída interpretação que levou em conta a obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32, da Lei 9.656, de 1998, cuja constitucionalidade foi afirmada pelo Supremo Tribunal Federal, tendo a Ministra Relatora, proferido o seguinte questionamento, que sintetiza a tese que orientou aquele julgado: "Afinal, se a operadora de plano de saúde é obrigada a ressarcir o SUS na hipótese de tratamento em hospital público, por que razão não haveria de reembolsar o próprio beneficiário que se utiliza dos serviços do hospital privado que não faz parte da sua rede credenciada" Diante da possibilidade da sedimentação do entendimento do Superior Tribunal de Justiça acerca do tema, o Ministro Luís Felipe Salomão entendeu por bem ouvir previamente algumas entidades com atuação no mercado da saúde suplementar, em especial a ANS como agência reguladora, mediante a formulação de diversos questionamentos, conforme trecho transcrito a seguir:

[...]

IV.b) Da possibilidade de reembolso de despesas, mesmo sem a prévia pactuação do "acesso à livre escolha de prestadores" e fora

das hipóteses de urgência e emergência

Oportuno ainda considerar que já existe previsão na regulamentação do mercado da saúde suplementar que assegura o direito ao reembolso das despesas assistenciais, mesmo quando não configurada a situação de emergência e urgência, e quando não estiver presente a prévia estipulação da cláusula de "acesso à livre escolha de prestadores".

[...]

Assim, como regra, a livre escolha de prestadores de serviços assistenciais é restrita aos contratos que a prevejam, sendo permitida excepcionalmente sua adoção nas hipóteses restritas: i) dos atendimentos de urgência e de emergência, ii) da indisponibilidade de prestador integrante da Rede Assistencial no Município ou iii) da inexistência de prestador no Município; sendo certo que nestes dois últimos casos a livre escolha e o consequente reembolso somente será cabível se a operadora não vier a cumprir sua obrigação primordial de garantir o atendimento por prestador por ela indicado ou autorizado, na forma e nas condições previstas na Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011.

[...]

Compete ainda aclarar questionamento formulado pelo insigne Ministro Luís Felipe Salomão acerca dos possíveis efeitos financeiros que seriam gerados por eventual acolhimento da tese de ampliação do direito de acesso à livre escolha dos prestadores de serviços assistenciais.

Neste sentido, o DESPACHO Nº: 271/2020/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO assim pontua:

[...]

Assim sendo, impactos ocorridos nas despesas assistenciais inevitavelmente se refletirão nos reajustes percebidos pelos beneficiários nos anos subsequentes.

Diante do exposto, em relação aos questionamentos elaborados, pode-se concluir que conceder ao beneficiário a opção permanente de escolher qualquer serviço médico, independentemente de fazer parte da rede credenciada de seu plano, certo de que fará jus a reembolso posterior (mesmo que limitado ao valor pago pela operadora à sua rede), tem potencial de trazer transtornos à rotina da operadora, alterando sua forma de operação. Haveria reflexos para o conjunto de beneficiários daquela operadora, tendo em vista potenciais impactos nas despesas assistenciais. Mesmo os valores pagos pela operadora a um determinado prestador pode ser diferente do valor pago a outro semelhante, trazendo incerteza ao valor que seria reembolsado ao beneficiário." (destaque não existente no original) Destarte, segundo a manifestação da Gerência Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos, a ampliação das hipóteses de acesso à livre escolha de prestador de serviço poderá gerar impactos na rotina administrativa da operadora e em suas despesas assistenciais, o que se refletirá nos aumentos das contraprestações pecuniárias.

[...]

IV.d) Do redimensionamento por redução e a substituição de entidade hospitalar

Outro ponto que também foi alvo de questionamento diz respeito às regras normativas que regulam a mudança da rede de prestadores de serviços

assistenciais.

A Gerência de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais enfrentou este tema no DESPACHO N. 285/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, do qual se colhe o seguinte:

"2. No que diz respeito à rede assistencial da operadora Centro Trasmontano, registro ANS 303623, esclarecemos que constam, nesta data, 831 prestadores, no estado de São Paulo, (...) informados na ANS. Destes, 58 são hospitais (...) . No município de Mogi das Cruzes constam 2 prestadores hospitalares.

3. No que se refere às alterações na rede assistencial hospitalar da operadora, o artigo 17 da Lei 9.656/98 previu esta possibilidade através de dois mecanismos: o

redimensionamento por redução e a substituição de entidade hospitalar, conforme abaixo transcrito:

"Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. [...] § 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (grifamos) 4. Em consonância com o art. 17 caput e parágrafo 4º da lei 9.656/98, informamos, respectivamente, que a substituição dos prestadores hospitalares é comunicada à ANS, não precisando de autorização, e que a exclusão de prestadores hospitalares da rede dos planos de saúde é solicitada a ANS, devendo a operadora observar as regras previstas no art. 17 da Lei nº 9.656/1998. Toda e qualquer alteração da rede hospitalar deve ser comunicada de forma efetiva aos seus beneficiários.

5. A ANS entende que a forma mais adequada de se definir se uma rede é suficiente para o atendimento de seus beneficiários, a fim de avaliar se o serviço está sendo efetivamente prestado e de forma oportuna é avaliando a garantia do acesso à rede assistencial por parte dos beneficiários.

6. As operadoras de planos de saúde são obrigadas a oferecer todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitando-se os casos de Diretrizes de Utilização – DUT,

carências e CPT, quando houver, para atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto, dentro dos prazos definidos pela ANS, não sendo permitida a negativa de cobertura assistencial.

7. Esclarecemos que “abrangência geográfica” corresponde à 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, enquanto a “área de atuação” corresponde aos municípios ou estados que compõem a área geográfica de abrangência (RN nº 85, de 2004).

8. Nesse sentido, a operadora deverá garantir o atendimento no município onde o beneficiário o demandar, desde que este faça parte da área de atuação do plano.

Caso não seja possível o atendimento neste município, deverão ser observadas as regras sobre garantia e prazos para atendimento nas hipóteses previstas na RN nº 259, de 2011, e suas alterações.

9. Para garantir a assistência oferecida nos produtos, as operadoras devem formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratualizada, compatível com a demanda e com a área de abrangência do plano, respeitando o que foi contratado, sendo imputada à operadora a responsabilidade por eventuais falhas na formação desta rede.

10. A estipulação de prazos máximos para atendimento pela RN nº 259, de 2011, veio acompanhada de uma clara preocupação desta Agência com o incremento do tratamento a ser dispensado aos beneficiários pelas operadoras, em especial no que diz respeito à prestação oportuna e com qualidade da assistência à saúde.

Estes, portanto, são os traços distintivos entre os citados institutos do redimensionamento por redução e a substituição de entidade hospitalar, sendo certo que a atuação da ANS se dará, sempre respeitando a autonomia privada, com um grau maior de interferência na primeira hipótese, na medida em que a redução da rede hospitalar poderá provocar um impacto mais acentuado na oferta de serviços assistenciais, o que, em tese, não se espera que ocorra com a mera substituição do prestador de serviço por congêneres considerado, segundo o texto legal, como “equivalente”.

[...]

De tal maneira, a portabilidade de carências se traduz em um direito conferido ao beneficiário de planos de saúde para que dele possa se valer em situações ordinárias, na escolha de um novo produto que melhor se ajuste às suas expectativas de prestação de assistência à saúde ou sua capacidade financeira e, de forma excepcional, como um instrumento regulatório à disposição da ANS para enfrentar tormentosos quadros de anormalidades econômico-financeiras, administrativas ou assistenciais, que recomendem a liquidação extrajudicial da operadora, como medida de saída ordenada do mercado regulado. Nesta hipótese, a ANS poderá enfrentar o problema da acomodação da carteira de beneficiários mediante o emprego da portabilidade especial ou da portabilidade extraordinária, que permitem a dispensa de alguns dos requisitos exigidos na portabilidade ordinária, como forma de assegurar o ingresso mais facilitado em nova operadora, mantendo-se a carência já cumprida.

[...]

De tal maneira, com o devido respeito, a ANS diverge do alargamento da mencionada cláusula de livre acesso, de molde a possibilitar que, mesmo sem a expressa previsão contratual e projeção atuarial prévia, o consumidor possa recorrer a qualquer prestador de serviço, independentemente de integrar a rede própria, credenciada ou referenciada da operadora de planos de saúde, com fundamento no artigo 32, da Lei 9.656, de 1998, como ocorreu no julgamento do REsp 1575764/SP, pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, sob a relatoria da eminente Ministra Nancy Andrighi.

Com a devida vênia do entendimento contrário, a normatização promovida pela ANS busca conciliar a necessária manutenção do equilíbrio das bases econômico-financeiras, atuariais e administrativas que modelaram a concepção, registro e oferta do produto, com a imperiosa fruição dos direitos assistenciais pelos consumidores, sendo lícito concluir que as hipóteses previstas na já mencionada Resolução Normativa 259, de 2011, ao sentir da agência reguladora, conferem adequado tratamento ao conflito de interesses.

Nesta situação, é oportuno invocar o princípio da deferência técnico-administrativo, ou mesmo o da auto-contenção, que deve ser levado em conta no julgamento de normas editadas pelas agências reguladoras, conforme vem sendo reconhecido pelo próprio Poder Judiciário, como forma de reconhecimento da sua expertise sobre determinada matéria ou mercado que, salvo evidente teratologia, deve ser prestigiada.

Em linha com o alegado, convém referir ao voto do eminente Ministro Luiz Fux, relator da ADC 42 (julg. em 28/02/2018, DJe-175 publ. 13-08-2019), do qual se extrai a seguinte passagem:

17. A Jurisdição Constitucional encontra óbice nos limites da capacidade institucional dos seus juízes, notadamente no âmbito das políticas públicas, cabendo ao Judiciário a análise racional do escrutínio do legislador, consoante se colhe do julgado da Suprema Corte Americana FCC v. Beach Communications , Inc. 508 U.S. 307 (1993), em que se consignou que a escolha do legislador não está sujeita ao escrutínio empírico dos Tribunais e pode se basear em especulações racionais não embasadas em provas ou dados empíricos (Legislative choice is not subject to courtroom factfinding and may be based on rational speculation unsupported by evidence or empirical data).

18. A capacidade institucional, ausente em um cenário de incerteza, impõe auto-contenção do Judiciário, que não pode substituir as escolhas dos demais órgãos dos Estado por suas próprias escolhas (VERMEULE, Adrian. Laws Abnegation . Cambridge: Harvard University Press, 2016. p. 130, 134- 135)

19. O Princípio da vedação do retrocesso não se sobrepõe ao princípio democrático no afã de transferir ao Judiciário funções inerentes aos Poderes Legislativo e Executivo, nem justifica afastar arranjos legais mais eficientes para o desenvolvimento sustentável do país como um todo.

[...]

Igualmente é válido mencionar decisão da relatoria do Ministro Mauro Campbell Marques, no julgamento do Recurso Especial 1171688 (STJ, Segunda Turma, DJE 23/06/2010), que expressamente determinou a

aplicação do princípio da deferência, ainda que para outro mercado regulado, o das telecomunicações, mas que também se aplica ao da saúde suplementar.

[...]

Reforça-se assim a preocupação do Legislador com o denominado consequencialismo jurídico ao introduzir novo requisito de fundamentação das decisões judiciais, que contemple a observância dos resultados práticos de suas decisões, mormente no caso dos mercados regulados, quando uma alteração de interpretação poderá modificar substancialmente o conteúdo de contratos, com impactos não estimados, além de colocar em prova a própria segurança jurídica e o papel institucional da agência reguladora.

[...]

14. Vale informar que a ANS disponibiliza em sua página institucional da internet o Guia ANS de Planos de Saúde, por meio do qual os consumidores podem pesquisar e selecionar um plano de saúde antes de realizar a adesão/contratação na operadora do plano. Além disso, os consumidores podem identificar o seu plano atual e verificar as possibilidades de planos para realizar a Portabilidade de Carências, ou seja, mudar de plano de saúde sem cumprir novos prazos de carências ou cobertura parcial temporária.

15. O Guia ANS de Planos de Saúde tem o objetivo de ampliar o poder de decisão do consumidor, estimular a concorrência no mercado e aumentar a transparência no setor de planos de saúde. Os dados de toda a base de planos de saúde em comercialização no país são disponibilizados pela ANS para consultas individuais por meio do Guia de Planos, com a isenção de uma instuição pública, sem interesse comercial. Observe-se que os dados disponíveis no Guia de Planos são atualizados diariamente, com base nos sistemas de informações da ANS, as quais são enviadas pelas operadoras de planos de saúde, sendo de responsabilidade das operadoras a manutenção e atualização desses dados.

16. No Guia de Planos da ANS, a beneficiária pode filtrar os planos de acordo com a sua necessidade e ainda pode comparar o seu plano atual com os planos disponíveis, em uma tela específica para esse fim, onde as características dos planos são colocadas lado a lado para que a beneficiária possa decidir qual é a melhor opção para si.

17. Cabe esclarecer que a portabilidade de carências é um direito individual concedido aos beneficiários de planos de saúde, e deverá ser exercida individualmente. Se o plano de destino for de contratação coletiva, o contrato deve estar vigente para que a portabilidade seja exercida, e o beneficiário deverá comprovar elegibilidade para ingresso no contrato.

18. Informa-se, por fim, que a disponibilidade de planos no mercado extrapola o poder de atuação e regulação da ANS. A norma editada pela ANS garante a contratação de um novo plano sem carências a partir do cumprimento dos requisitos expressos na regulação, mas não garante a manutenção do preço do plano de origem. A disponibilidade de planos no local em que o consumidor deseja contratar/aderir, bem como as características escolhidas para o plano almejado (rede hospitalar, abrangência geográfica, segmentação assistencial, tipo de acomodação, etc), depende da oferta/comercialização de planos pelas operadoras, haja vista que as operadoras de planos de saúde são empresas privadas de livre iniciativa.

[...]

1. Em atenção ao Ofício n. 012372/2020-CPPR, enviado pelo Superior Tribunal de Justiça, S E I 17423901, que solicita subsídios técnicos, em síntese, sobre descredenciamento de rede assistencial, reembolso, precificação de produto e portabilidade, haja vista a inexistência de prestadores hospitalares em Mogi das Cruzes/SP, vinculados a operadora Centro Trasmontano, registro ANS 303623, temos a expor, o que segue, dentro de nossa competência regimental.

2. No que diz respeito à rede assistencial da operadora Centro Trasmontano, registro ANS 303623, esclarecemos que constam, nesta data, 831 prestadores, no estado de São Paulo, SEI 17543741 informados na ANS. Destes, 58 são hospitais, SEI 17543660. No município de Mogi das Cruzes constam 2 prestadores hospitalares.

3. No que se refere às alterações na rede assistencial hospitalar da operadora, o artigo 17 da Lei 9.656/98 previu esta possibilidade através de dois mecanismos: o redimensionamento por redução e a substituição de entidade hospitalar, conforme abaixo transcrito:

[...]

4. Em consonância com o art. 17 caput e parágrafo 4º da lei 9.656/98, informamos, respectivamente, que a substituição dos prestadores hospitalares é comunicada à ANS, não precisando de autorização, e que a exclusão de prestadores hospitalares da rede dos planos de saúde é solicitada a ANS, devendo a operadora observar as regras previstas no art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

Toda e qualquer alteração da rede hospitalar deve ser comunicada de forma efetiva aos seus beneficiários.

[...]

8. Nesse sentido, a operadora deverá garantir o atendimento no município onde o beneficiário o demandar, desde que este faça parte da área de atuação do plano. Caso não seja possível o atendimento neste município, deverão ser observadas as regras sobre garantia e prazos para atendimento nas hipóteses previstas na RN nº 259, de 2011, e suas alterações.

9. Para garantir a assistência oferecida nos produtos, as operadoras devem formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratualizada, compatível com a demanda e com a área de abrangência do plano, respeitando o que foi contratado, sendo imputada à operadora a responsabilidade por eventuais falhas na formação desta rede.

10. A estipulação de prazos máximos para atendimento pela RN nº 259, de 2011, veio acompanhada de uma clara preocupação desta Agência com o incremento do tratamento a ser dispensado aos beneficiários pelas operadoras, em especial no que diz respeito à prestação oportuna e com qualidade da assistência à saúde.

11. Cumpre ressaltar que a RN nº 259, de 2011, com o intuito de garantir o acesso aos serviços de saúde contratados, estabeleceu não só os prazos que deveriam ser respeitados para a realização dos procedimentos, como também previu outros meios para que este objetivo seja alcançado nos casos de indisponibilidade e inexistência de prestador de serviço, quais sejam, o transporte até um prestador apto a realizar o procedimento e o reembolso em caso de atendimento em prestador não credenciado.

12. Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º da Resolução Normativa – RN nº 259, de 2011, caso o beneficiário

seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte. No entanto, para todos os produtosv [...] nos limites do estabelecido contratualmente, nos termos do artigo 9º da referida RN.

13. Nesse esteio, quaisquer reclamações cujo objeto seja o atendimento nos prazos estipulados, ou a falha na disponibilização do transporte ao prestador ou, ainda, quanto ao pagamento do reembolso previsto na RN nº 259, de 2011, configuram descumprimento da referida resolução.

14. Deve-se salientar que, para fins de atendimento aos prazos em questão, é considerado o acesso a qualquer prestador, da rede assistencial ou não, e não, necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

15. A ocorrência da não garantia do atendimento ao beneficiário nos prazos máximos determinados pela ANS demonstra inadequação da rede assistencial da operadora e/ou obstrução ao acesso à cobertura assistencial, configurando uma irregularidade na operação do produto ofertado ao consumidor, que pode ser caracterizada, em última consequência, como uma infração por negativa de atendimento.

16. Outrossim, é relevante enfatizar que o atendimento de urgência/emergência, declarado pelo médico assistente, conforme previsto no artigo 35-C da Lei 9.656/98, deve ser imediato, de acordo com o que dispõe o inciso XIV do art. 2º da RN nº 259, de 2011.

17. Lembramos ainda, que as operadoras são obrigadas a divulgar a sua rede assistencial nos seus portais corporativos na internet, nos termos da Resolução Normativa - RN nº 285, de 2011, possibilitando consulta por qualquer cidadão.

18. Informamos, outrossim, que a ANS disponibiliza em seu site, através do Portal Brasileiro de Dados Abertos, a listagem de todos os prestadores hospitalares e não hospitalares, através dos respectivos links <http://dados.gov.br/dataset/produtos-e-prestadores-hospitalares> e <http://dados.gov.br/dataset/operadoras-e-prestadores-nao-hospitalares>.
[...]

20. Por fim, informamos que desde 2016, a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) vem se debruçando em estudos sobre critérios para alteração de rede hospitalar, de forma a trazer mais transparência e segurança ao processo, tendo por premissa básica o estímulo à estruturação de efetivas redes de atenção à saúde no setor suplementar, e de forma a garantir o acesso do beneficiário às coberturas contratadas de forma oportuna, incentivando a qualidade do cuidado.

21. Em 2018, a ANS assumiu o compromisso de discutir o tema Aperfeiçoamento dos critérios para Alteração de Rede Hospitalar no eixo Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório da Agenda Regulatória 2019-2021, e reiniciaram-se as discussões sobre a regulamentação dos citados critérios por meio dos Diálogos sobre a Agenda Regulatória DIPRO.

22. Os Diálogos sobre a Agenda Regulatória consistem numa série de reuniões, com representantes do setor, para debater sobre os temas da Agenda Regulatória da ANS 2019-21 pertinentes à Diretoria de Produtos.

23. Mais de 20 entidades que compõem a Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), além de outras convidadas pela DIPRO, incluindo o STJ, participaram dos 19 encontros realizados no segundo semestre de 2019, de

forma presencial ou remota, sendo concedida oportunidade para que os participantes encaminhassem suas propostas quanto aos temas apresentados. Em 2020, estamos dando continuidade a esses debates através de reuniões técnicas devido a necessidade de aprofundar a discussão sobre os assuntos da Agenda Regulatória.

[...]

Nos planos de saúde, todos os custos de consultas, de cirurgias, de internações e de demais atendimentos são repartidos entre os seus beneficiários. Assim, é possível diluir as despesas, tornando-as viáveis para o consumidor. Essa é uma característica fundamental do modelo de negócio adotado pelas empresas que comercializam planos de saúde.

[...]

Nos planos de saúde, uma população voluntariamente paga contraprestação pecuniária (mensalidade, prêmio) para um fundo solidário do qual saem os recursos para custeio de eventos segurados (consultas, exames, terapias, internações e outros itens de despesa assistencial).

O conceito dos planos de saúde baseia-se, portanto, na existência de eventos futuros e incertos – não se sabe se e quando ocorrerá a assistência médica contratada (evento segurado) e quem será afetado pelo evento -, na previsibilidade coletiva para que a operadora possa quantificar o risco assumido, baseada no mutualismo e solidariedade, e na boa fé objetiva.

E ainda, acrescentando ao Mutualismo, os Princípios Atuariais de Classificação dos Riscos e de Equiprobabilidade, os mercados de previdência e saúde funcionam com base no sistema de transferência intergeracional, no qual os recursos dos mais jovens financiam em parte os gastos dos mais idosos.

[...]

Diante do exposto, em relação aos questionamentos elaborados, pode-se concluir que conceder ao beneficiário a opção permanente de escolher qualquer serviço médico, independentemente de fazer parte da rede credenciada de seu plano, certo de que fará jus a reembolso posterior (mesmo que limitado ao valor pago pela operadora à sua rede), tem potencial de trazer transtornos à rotina da operadora, alterando sua forma de operação. Haveria reflexos para o conjunto de beneficiários daquela operadora, tendo em vista potenciais impactos nas despesas assistenciais. Mesmo os valores pagos pela operadora a um determinado prestador pode ser diferente do valor pago a outro semelhante, trazendo incerteza ao valor que seria reembolsado ao beneficiário.

O Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor da Secretaria Nacional do Consumidor, como *amicus curiae*, argumentou:

13. Além dos preceitos constitucionais, as regras para o funcionamento da saúde suplementar estão estabelecidas na Lei n 2 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde) e em regulamentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU).

14. Paralelamente, deverão ser observados os princípios e direitos

dispostos na Lei n 2 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor - CDC), conforme Súmula 608/2018 do STJ, que trata da aplicação do CDC aos contratos de planos de saúde.

15. Nesse mesmo sentido, o artigo 4º 2, inciso XXXVI da Lei n 2 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a ANS, estabelece que cabe à Agência articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observando o disposto no CDC.

[...]

17. A Lei dos Planos de Saúde (Lei n 2 9656/1998) prevê o reembolso das despesas efetuadas pelos beneficiários com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços oferecidos pela rede referenciada ou credenciada ao plano de saúde. De acordo com a norma, o valor a ser reembolsado deve ainda respeitar o limite dos preços definidos em tabela de serviço do plano contratado, conforme inciso VI, art. 12 da Lei, que segue abaixo:

[...]

18. As situações de emergência são caracterizadas por aquelas em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, como por exemplo, um infarto. Já as situações de urgência, são aquelas resultantes de acidentes pessoais ou complicações durante a gravidez (art. 35-c, da Lei n 2 9.656/98).

19. Para os casos de indisponibilidade (ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento nos prazos estabelecidos) de prestador de serviço integrante da rede de assistencial no município que pertence à área geográfica de abrangência dos planos, a ANS determina, no artigo 4º da Resolução Normativa n 2 259/2011, alterada pela Resolução Normativa n 2 268/2011, que a operadora deverá garantir o atendimento em "prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município" ou "prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este". Segue o trecho da norma:

[...]

Art. 4º Na hipótese de 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, a operadora deverá garantir o atendimento em:

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou
II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

§ 22 Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, 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.

20. Veja, portanto, que diante da indisponibilidade de prestador pertencente à rede assistencial do plano, busca-se inicialmente garantir o atendimento por meio de prestador não integrante à rede assistencial do plano no

município em que o serviço foi demandado.

21. Apenas diante da hipótese de inexistência de prestador, mesmo entre os profissionais não integrantes da rede assistencial do plano, é que se buscaria alternativas para garantir o atendimento do usuário, conforme art. 5º da RN transcrito abaixo:

[...]

23. Ao contratar um plano de saúde com rede referenciada disponível em seu município, o beneficiário espera contar com a continuidade da prestação do serviço. O descredenciamento da rede de assistência, sem aviso prévio e sem que a portabilidade para plano de saúde de outra operadora seja uma alternativa viável ao beneficiário, por questões relacionadas à própria lógica de funcionamento setor e ao funcionamento dos contratos de adesão, de fato coloca o consumidor em demasiada desvantagem.

24. Diferentemente de outros serviços oferecidos no mercado de consumo, a saúde suplementar presta um serviço essencial à proteção da saúde e da vida dos seus beneficiários.

25. Também pesa nesse sentido, o entendimento do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo no Voto n 9 23407/TJ, acostado na íntegra dos autos (página 336 de 692), que afirma que deve ser assegurado aos beneficiários a continuidade da prestação dos serviços nos mesmos moldes anteriores ao descredenciamento:

[...]

26. Entretanto, embora entenda-se que a regulação do setor deva garantir a proteção dos beneficiários contra a descontinuidade dos serviços prestados, inclusive por meio de reembolso, se for o caso, é importante avaliar antes quais seriam os impactos diretos e indiretos de uma alteração desse tipo no funcionamento dos planos de saúde, especialmente os riscos relacionados a alguma possível desestruturação administrativa.

27. Nesse sentido, defende-se, em sintonia com o artigo 6 2 da Lei n 2 13.848, de 25 de junho de 2019 (Lei das Agências Reguladoras), que os processos decisórios que alterem entendimentos normativos de interesse geral dos agentes econômicos e dos usuários dos serviços prestados sejam precedidos de Análise de Impacto Regulatório (AIR), com informações sobre os possíveis efeitos do ato normativo.

28. A AIR é uma importante ferramenta que busca avaliar "os possíveis impactos das alternativas de ação disponíveis para o alcance dos objetivos pretendidos", com a finalidade de orientar a tomada de decisão. Para regulamentar esta análise foi editado o Decreto n 9 10.411 de 30 de junho de 2020. Tal regulamentação é importante, pois as agências reguladoras devem buscar a melhoria da regulação e isto está de acordo com a recomendação da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE - (Recomendação da Qualidade Regulatória - OECD, Recommendation of the Council on Improving the Quality of Government Regulation), que propõe um roteiro para se fazer uma boa regulação.

3. CONCLUSÃO

29. Por todo o exposto, entende-se, nesse primeiro momento que, genericamente, a imposição de obrigação de reembolso generalizado para tratamento médico fora da rede credenciada ao plano de saúde necessitaria de Análise de Impacto Regulatório. Tal

imposição, deve ser adotada a partir de uma análise criteriosa dos impactos da medida no funcionamento dos planos de saúde, nos termos da Lei n 9 13.848/2019.

30. Entretanto, na hipótese do caso concreto, diante da inexistência de prestação de serviço na rede assistencial no município, cabe ao plano de saúde prover atendimento do consumidor no município, mesmo que por meio de prestador que não pertença à rede assistencial do plano, assegurando, se for o caso, inclusive o reembolso dos beneficiários. Ou seja, o reembolso deve ser uma alternativa não apenas para os casos de urgência e emergência, mas também uma alternativa para quando houver uma flagrante descontinuidade na prestação do serviço de assistência à saúde.

A Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização - CNSEG, como *amicus curiae*, assim opinou:

AS OPERAÇÕES DE SEGURO: O MUTUALISMO E A FORMAÇÃO DE PREÇO 3. As bases técnicas das operações de seguros são regidas pelas Ciências Atuariais, que utiliza as teorias financeira e das probabilidades no estabelecimento de limites de segurança na gestão de riscos da forma mais precisa possível.

4. A operação de seguros é regida pelo denominado princípio do mutualismo, no qual um grupo de pessoas, com interesse comum, paga prêmios, que representam uma fração da perda provável, constituindo uma reserva econômica para fazer face a eventos futuros, possíveis e incertos.

5. Diversos são os limites de segurança a serem estabelecidos pelo atuário, profissional formado em ciências atuariais. O principal deles é o prêmio a ser pago pelo segurado.

6. O cálculo do prêmio do seguro é baseado na denominada Equação de Equilíbrio Atuarial, em que o valor presente do prêmio deve ser igual ao valor presente de todos os compromissos futuros da operadora/seguradora, incluindo não somente os sinistros futuros previstos contratualmente, mas, também, todas as despesas incorridas em um contrato de seguro.

7. O cálculo do prêmio pago pelo segurado começa pelo cálculo do chamado Prêmio de Risco, sendo este suficiente somente para a operadora/seguradora arcar com os compromissos relacionados aos sinistros esperados em média no futuro. O Prêmio de Risco é igual à frequência de ocorrência de sinistros multiplicado pelo Custo Médio do sinistro, de modo que tanto a Frequência, quanto o Custo Médio influenciam diretamente no valor do Prêmio de Risco. Ao Prêmio de Risco é acrescido um carregamento de segurança estatístico, conduzindo ao denominado Prêmio Puro. A aplicação do carregamento de segurança é fundamental para que o segurador saia da faixa de risco de 50% de perda e 50% de ganho, situação em que, pela chamada Teoria da Ruína do Jogador, a ruína da operadora/seguradora no futuro é certa se ele tiver a mesma probabilidade de ganho do segurado. O valor do carregamento de segurança depende fundamentalmente do nível de incerteza na estimativa das indenizações futuras, o qual pode advir da incerteza quanto ao número

de sinistros futuros (minimizado pela chamada Lei dos Grandes Números, quando o segurador opera com um número considerável de contratos de seguro) e da incerteza quanto ao valor das indenizações ante os prêmios que serão pagos, incerteza essa que é enorme no seguro saúde em função da judicialização, incluindo o pagamento de sinistros de coberturas não previstas originalmente no contrato.

8. Por último são acrescentados os carregamentos para as despesas gerais, como as despesas administrativas, corretagem, impostos etc., conduzindo ao denominado Prêmio Comercial.

9. Com isso, a fórmula padrão de cálculo do prêmio comercial p , considerando uma Frequência de Sinistros igual a F , um Custo Médio dos Sinistros igual a C , um Carregamento de Segurança igual a a e Carregamento para Despesas Gerais igual a a é a seguinte:

10. No cálculo do prêmio, um aspecto importante é que ele deve evitar a chamada antisseleção. A antisseleção se refere a um processo de mercado no qual informações assimétricas possuídas por compradores ou vendedores geram resultados negativos para uma das partes. Por exemplo, se uma empresa prestadora de serviços cobra o mesmo preço para todos os seus clientes independentemente da quantidade de serviços demandados por seus clientes, ela assume o risco de ficar somente com os clientes que mais demandam serviços, gerando um resultado negativo nas suas operações. Se o preço do serviço for aumentado para fazer face a uma maior utilização por parte dos clientes, existe o risco dos melhores clientes cancelarem o serviço, elevando ainda mais a necessidade de ajuste no preço, gerando uma espiral crescente no preço do serviço, com perda de clientes e sem reverter o resultado negativo.

11. Verifica-se que o nível de incerteza gerado pelo pagamento de valores não previstos no contrato original aumenta inicialmente o valor do prêmio de risco que proporciona o equilíbrio atuarial, por um aumento no custo médio. Aumenta, também, o carregamento de segurança, o qual é diretamente ligado ao nível de incerteza. As despesas gerais também são aumentadas, por conta de maiores custos com ações judiciais e pelo aumento na frequência de sinistros a serem regulados, de modo que o Prêmio Comercial é altamente afetado, gerando a espiral crescente no preço do seguro por conta da antisseleção, onde somente os clientes menos saudáveis aceitam pagar um prêmio mais elevado.

12. Outro limite de segurança importante a ser estabelecido na operação de seguros é o nível de provisões técnicas para fazer face aos compromissos futuros da operadora/seguradora. Com o aumento nos compromissos futuros gerados por coberturas não previstas originalmente, o nível de provisões técnicas é naturalmente aumentado.

13. Por último, o atuário precisa estabelecer o nível de capital que os acionistas devem aportar na operadora/seguradora para garantir a sua solvência dentro de um determinado limite de segurança. Não basta a operadora/seguradora constituir as provisões técnicas, as quais cobrem somente as perdas médias esperadas. O capital dos acionistas cobre as possíveis perdas que fujam do padrão esperado, como por exemplo uma epidemia que venha a gerar um número de atendimentos muito superior ao estimado no cálculo do prêmio.

Como, então, a imposição de reembolso de despesas fora da rede credenciada ao plano de saúde afeta as bases técnicas do seguro saúde aqui descritas?

14. Em primeiro lugar, verifica-se que a imposição de pagamentos de reembolso fora da rede credenciada gera o pagamento de valores superiores aos previstos no contrato original, aumentando diretamente o valor do prêmio de risco que proporciona o equilíbrio atuarial, por um aumento no custo médio do sinistro. A precificação do plano de saúde varia sobremaneira com o tipo de rede credenciada e com a opção de livre escolha, refletindo em preços bastante variáveis no mercado em função dessas 2 variáveis, sendo bastante superiores na opção de livre escolha.

15. Outro efeito importante é no carregamento de segurança, o qual é diretamente ligado ao nível de incerteza, que é enorme no seguro saúde em função da judicialização, incluindo o pagamento de valores de sinistros não previstos originalmente no contrato.

16. As despesas gerais também são aumentadas, não somente pelo custo maior de gerenciamento de prestadores não credenciados, como também por conta de maiores custos com ações judiciais, de modo que o Prêmio Comercial é altamente afetado, gerando a espiral crescente no preço do seguro por conta da antisseleção, onde somente os clientes menos saudáveis aceitam pagar um prêmio mais elevado.

17. Pela legislação atual que determina os capitais mínimos a serem constituídos pelas operadoras/seguradoras, o volume de sinistros e prêmios interfere diretamente no nível de capital.

18. Um efeito subjacente do aumento no nível de capital pelo pagamento de sinistros não previstos inicialmente no contrato é o aumento no próprio valor do prêmio, pois o aumento no capital investido pelos acionistas gera o chamado custo de capital, o qual, como qualquer custo, é acrescido ao prêmio pago pelo segurado. Nesse sentido, o excessivo aumento do capital pode tornar o negócio desinteressante para os investidores, diminuindo o nível de concorrência, que por consequência gera mais pressão sobre o aumento dos prêmios com a natural redução de opções de produtos disponíveis no mercado, o que já ocorre hoje no seguro saúde.

19. Pelo exposto, por não estar previsto contratualmente, não consta nos cálculos e projeções atuariais a possibilidade de imposição do custeio integral ou através de uma tabela de reembolso de despesas por prestadores não credenciados fora da situação de urgência e emergência e os danos ao equilíbrio da carteira são enormes, pois os prêmios calculados originalmente são inferiores aos prêmios necessários para o pagamento de indenizações em valores superiores aos previstos originalmente no contrato.

Mesmo que o reembolso seja igual ao da rede credenciada, já há um comprometimento do equilíbrio atuarial, dado as despesas administrativas majoradas, além do aumento natural de custos pela redução do controle de custos e fraudes. Sem ao menos ter um limite de reembolso, o comprometimento do equilíbrio atuarial é total, aumentando de forma incontrolável os custos do plano de saúde.

A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - Unidas, como *amicus curiae*, defendeu:

Superior Tribunal de Justiça

Neste sentido, o legislador estabeleceu o reembolso nas situações acima, ou seja, (i) nos casos de urgência e emergência, quando (ii) não for possível utilizar a rede oferecida – contratada e (iii) nos limites contratuais. Nota que o reembolso, embora previsto na legislação, algumas especificidades são estabelecidas e esclarecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

[...]

Dito isto, conclui-se, indubitavelmente, que, em caso o atendimento fora da rede contratada, o reembolso será devido nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, à luz do expressamente definido pelo legislador que, da mesma forma, expressamente constará no contrato/regulamento dos planos.

Após estes necessários esclarecimentos, especificamente quanto ao questionamento o reembolso também é estabelecido “...mesmo em se tratado de atendimento sem caráter de urgência”, ou seja, nos casos de atendimentos eletivos, na hipótese de se tratar de produtos que permitem acesso a livre escolha de prestadores, conforme acima colacionado, observados, igualmente, os limites contratuais, conforme especificado no tema IX do Anexo I, da IN nº. 23, de 2009, da DIPRO/ANS:

[...]

Diante disto, conclui-se que, ressalvados os contratos que prevejam a opção de livre escolha, ou na hipótese do art. 9º, da RN nº. 259, de 2011, da ANS, haverá obrigatoriedade de reembolso na hipótese 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 da rede contratada.

[...]

Depreende-se Excelência, que o funcionamento do setor suplementar de saúde alicerça-se no mutualismo, que tem como característica principal, trazer à tona a Economia Solidária, ou seja, a mutualidade como base econômica para a prevenção de eventualidades.

[...]

Depreende-se Excelência, que o funcionamento do setor suplementar de saúde alicerça-se no mutualismo, que tem como característica principal, trazer à tona a Economia Solidária, ou seja, a mutualidade como base econômica para a prevenção de eventualidades.

[...]

Portanto, é um serviço de assistência à saúde essencialmente compartilhado e financiado por todos os participantes.

Ademais, dentre os Princípios Atuariais, cabe ressaltar mais uma vez, o mutualismo, pois toda a operação de envolve o cálculo do valor da contraprestação (mensalidade) do plano de saúde é embasada nesse princípio fundamental.

[...]

Com efeito, a rede prestadora de serviços é parte integrante do contrato estabelecido entre o beneficiário e a Operadora de plano de saúde, e é considerada quando da precificação de um novo produto, tendo em vista que os custos cobrados por cada prestador são diferentes, o que impacta diretamente no valor estabelecido atuarialmente para os planos.

Conforme descrito nas alíneas anteriores, dentre outros fatores, quando da

precificação de um plano de assistência à saúde, o atuário considera o valor do custo médio dos procedimentos, em função dos valores negociados com uma rede de prestadores de serviços pré-determinada, e uma expectativa de frequência de utilização desses procedimentos.

Portanto, denota-se a importância da rede credenciada para fins de definição dos aspectos financeiros do produto.

Assim, depreende-se que a inobservância da rede credenciada pode, sim, gerar uma desestruturação administrativa dos planos de saúde, acarretando aumento da precificação dos produtos comercializados com o objetivo de compor e gerar o equilíbrio econômico-financeiro e atuarial da operadora.

[...]

Ressalta-se que impor, às operadoras, a manutenção de relação com prestadores não credenciados ou que tenham sido descredenciados vai de encontro ao princípio da liberdade contratual, bem como às regras definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em sua Resolução Normativa nº. 363, de 2014, que “dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências”, além da disposição legal contida na Lei nº. 13.003, de 2014, que determina:

Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço. (g. n.)

Isto porque estar-se-ia diante da ausência contratualização ou, mesmo em caso de contratualização, esta por imposição à operadora, haveria um desequilíbrio na livre negociação entre as partes.

A finalidade da referida Lei é conferir aos contratos interpretação consoante a negociação entre as partes e racionalidade econômica do negócio. Desta forma, o novo texto legal visa priorizar a autonomia da vontade das partes em detrimento da intervenção do Estado, que deverá ser feita de forma subsidiária e excepcional, buscando refletir a vontade dos contratantes e condições previstas nos instrumentos particulares.

[...]

De início, é importante ter em mente que em caso de atendimento fora da rede credenciada, inexistente qualquer possibilidade de controle por parte da operadora, posto que a relação com responsável pela realização dos serviços não teve sua ingerência ou participação.

[...]

O reembolso de despesas, por exemplo, na hipótese prevista no art. 12, VI, da Lei nº. 9.656, de 1998, que não é a regra em se tratando de plano que não possui livre escolha, ocorrerá “nos limites das obrigações contratuais”. Isto porque, mesmo em situação excepcional é necessário que haja o mínimo de previsibilidade e esta decorre exatamente da previsão contratual, e ainda “de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto”, conforme se extrai do texto legal.

Cabe ressaltar, ainda, que, no plano que possui livre escolha, cuja modalidade oferece ao beneficiário a possibilidade de reembolso para

Superior Tribunal de Justiça

acesso a prestadores de serviço não participantes da rede assistencial (Item 9, do Anexo II, da RN nº. 100, de 2005), deve-se estabelecer, contratualmente, o valor do reembolso de acordo com tabela previamente definida, que também comporá o estudo atuarial para precificação da contraprestação pecuniária:

[...]

Desta forma, verifica-se a dificuldade de se estabelecer qualquer controle de despesas, em atendimentos ocorridos fora da rede credenciada, diante da dificuldade encontrada para definição de regras de precificação, requisitos do contrato (ante a inexistência deste), critérios de qualidade e desempenho, além dos mecanismos de análise de conta e auditoria, porquanto inexistente prévia relação contratual.

[...]

Muito embora abordado o aspecto da precificação, é certo que não é o único atingido diante da situação em análise. O aspecto contratual é tão importante quanto, na medida em que a RN nº. 363, de 2014 estabelece inúmeros critérios na contratualização, confira-se:

“Art. 3º As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a Operadora e o Prestador.

Art. 4º Os contratos escritos devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização administrativa da Operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão; e V - as penalidades para as partes pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

Parágrafo único. A definição de regras, direitos, obrigações e responsabilidades estabelecidos nas cláusulas pactuadas devem observar o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais legislações e regulamentações em vigor.”

Assim, é notório que a ausência de relação contratual não permite qualquer controle direto por parte da operadora, inclusive sob os aspectos dos atributos de qualidade e desempenho imposto na referida norma, in verbis:

Art.12 A remuneração e os critérios de reajuste dos serviços contratados devem ser expressos de modo claro e objetivo.

§ 1º A composição da remuneração e os critérios de reajuste deverão considerar atributos de qualidade e desempenho da assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes, observados o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor. (g. n.)

Além disto, é importante citar que a livre escolha é exceção, pois a regra do mercado é a utilização de rede, seja credenciada ou própria.

[...]

Como mencionado anteriormente, qualquer controle por parte da operadora em relação a um prestador não credenciado é essencialmente difícil de se operacionalizar.

Essencialmente, a realização de auditoria ocorre com os prestadores credenciados, inclusive porque assim será previsto em contrato, como bem prevê a RN nº. 363, de 2014:

Art. 14. A rotina de auditoria administrativa e técnica deve ser expressa, inclusive quanto a:

I - hipóteses em que o Prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado;

II - prazos para contestação da glosa, para resposta da operadora e para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada; e III - conformidade com a legislação específica dos conselhos profissionais sobre o exercício da função de auditor.

[...]

No ponto de vista atuarial, que é a base do sistema econômico do funcionamento da operadora de plano de saúde, tem-se que, como dito em outro momento, que para a precificação do produto, os cálculos atuariais são desenvolvidos levando em consideração as características previstas contratualmente para estimar o custo das coberturas previstas no contrato, de modo a traçar um padrão a ser seguido para todos os participantes daquele produto.

Assim, se, “aplicar soluções personalizadas para afastamento das regras cogentes legais ou infralegais aplicáveis”, significar a inobservância das regras do produto, conforme características previstas em seu registro, especialmente atuariais conforme definido na Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP, conclui-se que haveria um desequilíbrio não só econômico-financeiro, mas estrutural.

Como exemplo de uma solução personalizada, qual seja, a determinação de reembolso de procedimentos realizados com valores diferentes daqueles inicialmente estabelecidos contratualmente, ou entre a operadora e a rede credenciada, é uma premissa não definida quando da precificação do plano de saúde e, por consequência, quando estabelecidos em valores maiores do que os negociados previamente, irá onerar o plano de saúde em patamares não esperados, podendo ocasionar um desequilíbrio atuarial no plano de saúde.

Destarte, aplicar soluções diferenciadas, do ponto de vista atuarial, significa dizer que implicará em dano ao equilíbrio financeiro e atuarial da operadora de plano de saúde, inclusive podendo refletir que a única alternativa viável é imputar esse custo aos demais beneficiários do plano, por meio da majoração do reajuste a ser aplicada nas contraprestações, tendo em vista o princípio básico do mutualismo existente nesse tipo de relação.

Como vem sendo abordada nesta manifestação, o direito e a economia devem estar em sintonia, especialmente quando se trata do mercado da saúde suplementar, dada a importância do aspecto econômico-financeiro que a lei dá às operadoras de planos de saúde.

Tanto é verdade que, evidenciado anormalidade neste quesito, pode, a ANS, decretar a sua intervenção nas atividades da operadora, por meio da

Superior Tribunal de Justiça

Direção Fiscal que inclusive pode culminar na liquidação da OPS, consoante Lei nº. 9.656, de 1998:

[...]

Em razão disto, tem-se que “aplicar soluções personalizadas para afastamento das regras cogentes legais ou infralegais aplicáveis” pode significar a desconfiguração do produto, com, por exemplo, oferecimento de cobertura superiores, reembolso fora do contexto do contrato, obrigatoriedade em garantir atendimento fora da rede credenciada, etc., o que certamente gerará um desequilíbrio do ponto de vista atuarial.

[...]

O atuário ao desenvolver os cálculos atinentes ao preço de um plano de saúde para ser comercializado pela operadora, considera as características previstas contratualmente para estimar o custo das coberturas previstas no contrato, ou seja, se não há previsão contratual de reembolso de procedimentos realizados fora da rede credenciada, a precificação do plano foi realizada considerando que tal mecanismo não existe.

[...]

Não obstante, qualquer beneficiário pode exercer a portabilidade, não se vislumbrando situações que dificultem ou impeçam tal exercício, atendidos os requisitos da Resolução Normativa nº. 438, de 2018, editada pela ANS, no âmbito de sua competência legal.

A Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde - ADUSEPS, como *amicus curiae*, considerou:

Dessa feita, ao consumidor deverá ser garantida a prestação adequada de saúde, dentro da área de seu domicílio, conforme acontecia no momento da contratação. O ônus do descredenciamento deverá recair sobre a operadora de saúde, uma vez que goza da liberdade de inserir ou descredenciar seus prestadores, não devendo o usuário ser penalizado pela administração da empresa contratada, como será demonstrado no decorrer dessa peça manifestativa.

[...]

Passou-se a verificar nos processos judiciais uma crescente flexibilização dos direitos que protegem os consumidores dos serviços de saúde, favorecendo as operadoras, sobretudo, em termos de contraprestação financeira pelo serviço: não raras vezes os valores das parcelas dos planos de saúde comprometem 50% a 80% dos salários dos usuários (idosos, doentes), presos a uma situação de falta de opção: abstêm-se de qualidade de vida como o lazer, muitas vezes contraindo dívidas, para honrar com as mensalidades dos seus planos de saúde, afinal o Sistema Único de Saúde – SUS encontra-se em colapso, resta, apenas, deixar suas rendas familiares nos cofres das empresas de saúde, a fim de permanecerem vivos com tratamentos adequados.

Entretanto, o próximo alvo das empresas que comercializam a saúde do povo brasileiro é limitar o próprio tratamento, é deixar o usuário à parte das soluções da medicina moderna, ao alcance, apenas, dos financeiramente abastados, que podem arcar na forma particular. Quando, na verdade, as novas tecnologias de tratamento já estão sendo disponibilizadas no mercado da indústria farmacêutica e podem salvar vidas ou aumentar a

sobrevida com qualidade.

[...]

Deste modo, o artigo 6º traz um rol exemplificativos dos direitos sociais, que exigem uma atuação positiva do estado para garantia desses direitos, estando a saúde entre eles. Ou seja, são normas imperativas, que obrigam o Estado Juiz a agir para garanti-los.

Assim, a Constituição traz em seus artigos 196 e 197 normas que visam efetivar o direito à saúde à população, in verbis:

[...]

No caso em debate, não se mostra plausível o impedimento do tratamento de câncer à Recorrida, uma vez que a Recorrente decidiu descredenciar, após contratação do plano de saúde, médicos e hospitais que faziam parte da rede credenciada do plano, à época da contratação, deixando a usuária sem opção de tratamento ou onerando sua contraprestação. Importante ressaltar que a operadora de saúde, ora Recorrente, teve a liberdade de inserção/descredenciamento de sua rede, não restando opção à consumidora – esta portadora de doença preexistente que inviabiliza contratação em outro plano de saúde.

Deste modo, a Recorrente deverá honrar com os compromissos de assegurar os direitos fundamentais aos seus usuários. Razão pela qual, impõe-se a atuação do Poder Judiciário para que o Estado garanta aos segurados de plano de saúde uma segurança jurídica condizente com a situação fática social.

[...]

A relação contratual deve atender à função social, à qual é parte integrante da relação estatal da administração para com os administrados, desta forma a liberdade de contratar e de como fazê-lo não é ilimitada, pois está restringida a supremacia da ordem pública, que veda convenções que lhe sejam contrárias aos bons costumes, de forma que a vontade dos contraentes está subordinada ao interesse coletivo.

[...]

Nesse toar, percebe-se que o descredenciamento do atendimento médico e hospitalar, dentro da região onde foi celebrado o contrato – este essencialmente de trato sucessivo – coloca em risco a vida do consumidor, pondo-o em situação de fragilidade e insegurança quando o objeto do contrato não pode ser mais oferecido adequadamente no seu domicílio. Tal fato caracteriza ofensa ao Princípio da Boa-fé Objetiva.

[...]

Resposta – Desde que ao tempo da assinatura do contrato do plano de saúde tenham sido oferecidos serviços e médicos de coberturas na sua região geográfica e que, posteriormente, tenha ocorrido o cancelamento ou descredenciamento dos serviços outrora conveniados, o consumidor tem direito ao ressarcimento dos serviços, independente dos valores do convênio, pois não lhe restara alternativa.

[...]

Resposta – Caso os serviços, ao tempo do contrato, já existissem naquela área geográfica do consumidor, o mesmo terá seu tratamento garantido pelo plano na sua área geográfica, ainda que particular, não sendo razoável que o consumidor, doente, tenha que se deslocar da sua casa e ter que enfrentar estrada para ser atendido, quando a responsabilidade é da seguradora ou plano de saúde, que para angariar clientes ofereceu serviço naquela área e depois removeu.

[...]

Resposta- Só haverá inobservância quando existem serviços credenciados e o consumidor resolve procurar médico e serviços particulares por opção, aí sim poderá ocorrer desequilíbrio atuarial. Em caso de serviços credenciados naquela região que atenda ao consumidor que aderiu ao contrato respeitando a área geográfica, não há que se falar em inobservância da rede credenciada. Mas se a operadora retira a rede credenciada da localidade, terá que arcar com o prejuízo.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde - Abramge, como *amicus curiae*,
expôs:

A ABRAMGE desde logo aponta que o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, não pode se estender a casos que não se tratem de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, pois isso afetaria diretamente o cálculo atuarial, causando enormes prejuízos econômico-financeiros às Operadoras que podem leva-las até mesmo à quebra, tal como restará demonstrado adiante.

[...]

Entende a ABRAMGE que o reembolso de despesas fora da rede credenciada ao plano de saúde só deve existir na hipótese elencada no artigo 12, VI, da Lei 9.656/98, pois deve existir a definição dos limites de cobertura, em função da característica da mutualidade que estão adstritos os planos de saúde.

Caso ocorra a extensão do reembolso, não daria para saber o universo que compõe a cobertura mínima, o que impediria que os planos de saúde mensurassem os custos associados a tal cobertura, impossibilitando o estabelecimento de parâmetros de precificação individual ou coletiva para os beneficiários.

E não é demais ressaltar que o reembolso de despesas ilimitado impõe a necessidade de avaliação dos procedimentos a serem realizados, por meio dos critérios técnicos e econômicos.

Deve ser levado em conta que a atividade desenvolvida pelas operadoras de planos de saúde resta regulamentada pela Lei Federal nº 9.656/1998.

Por força dessa regulamentação legal, as empresas que exercem a atividade de operação de planos privados de assistência à saúde estão sujeitas a rigorosas normas emanadas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Autarquia Federal Especial, que regula, normatiza e fiscaliza referida atividade econômica.

[...]

A saúde financeira da operação será afetada, colocando em risco a existência das operadoras e toda a população assistida.

As operadoras de planos de saúde poderão vir a ser obrigadas a deixar a sua atividade, com a alienação de suas carteiras de beneficiários, podendo, até, vir a ser decretada a liquidação extrajudicial das mesmas.

[...]

É claro que para que ocorra o reembolso é necessário um limite, qual seja, aquele disposto no artigo 12, VI, da Lei 9.656/98, para que seja possível realizar análise do impacto econômico financeiro, possibilitando a precificação do produto, para que possa fazer frente a toda a população que aos planos privados de assistência à saúde recorre.

A limitação do reembolso prevista no artigo 12, VI, da Lei 9.656/98, nada mais é do que uma necessidade real da manutenção da saúde financeira da operação como um todo e por essa razão é devidamente regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS!

Caso contrário, possibilitará reembolso ilimitado, com prestadores sem preços pré-ajustados, colocando em risco toda a massa de beneficiários assistida pelos planos de saúde.

E certamente desestabilizará o equilíbrio econômico financeiro de empresas que compõem o setor da economia cujas atividades, suplementares às do Estado, são consideradas essenciais, por atender às necessidades e à manutenção da saúde da população assistida.

Há evidente risco de, sob o manto de se estar aplicando a justiça, provocar o colapso na saúde econômico financeira de empresas que se dedicam à garantia de custos assistenciais a todo um universo de beneficiários, estes perfeitamente cientes de que deverão cumprir as regras da ANS, quando da assinatura dos respectivos instrumentos contratuais, em manifestação da própria vontade.

[...]

A previsão de regras quanto ao reembolso produz seu efeito no momento da precificação do plano onde os custos previstos são repartidos entre os beneficiários esperados.

[...]

É fato que se for desconsiderada a norma do artigo 12, VI, da lei 9.656/98 com relação ao reembolso, isso multiplicaria de forma exponencial a probabilidade de cobertura de procedimentos fora da rede credenciada, sem aferição adequada de impacto econômico e sem demonstração de sua segurança e/ou efetividade.

Isto porque não há como prever o custo de procedimento de profissional ou entidade desconhecida, cuja adoção dependa de prévia análise econômica, mediante pacto entre as partes.

[...]

Não é preciso ser economista para saber que os acordos comerciais entre Operadoras e prestadores de serviços, mediante o credenciamento, implica na redução de custos, com o estabelecimento antecipado de tabela de valores, que por serem fechados por pacotes e em determinadas quantidades, são mais econômicos, o que reverte em benefício do próprio beneficiário, pois terá uma mensalidade mais branda no plano escolhido.

Aprovado o reembolso de forma irrestrita em desacordo com a norma em vigor, certamente implicará em evidente risco de desequilíbrio financeiro e atuarial pela própria imprevisibilidade que a flexibilização do reembolso traria consigo, com impactos sobre os preços para os beneficiários/consumidores, exclusão de grupos do atendimento (em função do aumento dos preços) e sobrecarga do sistema público de saúde.

Isso porque, repita-se, a saúde suplementar e seus contratos de planos de

Superior Tribunal de Justiça

saúde são formados com base na solidariedade entre seus usuários, ligados pelo mutualismo que é inerente a natureza coletiva dessa relação. Em verdade, nesse sistema, há uma interação mútua onde todos os participantes contribuem para a formação do fundo monetário, que por sua vez, será utilizado para custear os tratamentos de todos aqueles que necessitarem.

O Instituto Brasileiro de Atuária - IBA, como *amicus curiae*, ponderou:

As premissas de custeio, que determinam o valor das contraprestações/prêmios são baseadas em dois aspectos fundamentais: (1) a frequência de utilização estimada com base na observação passada de quantidade de eventos de atenção à saúde demandados para cada faixa de risco e o (2) custo médio relativo a essas demandas de atenção à saúde. Assim, a determinação de quais serão as coberturas a serem contempladas no plano de saúde é condição sine qua non para que seja possível a aplicação de métodos de estimativa atuarial sobre a quantidade de eventos cobertos pelo plano. Também torna-se basilar o conhecimento prévio do custo relativo ao tratamento das demandas de atenção à saúde, sendo esse calculado de forma a contemplar o risco a ser assumido pela operadora de planos de saúde, no ato de sua precificação. Tais condições são previstas em documento denominado Nota Técnica que registra de forma precisa e minuciosa, todos os critérios e parâmetros de cálculo.

[...]

Quando do ato da precificação dos planos de saúde, são utilizados dados **referenciais baseados no histórico da operadora de planos de saúde, que refletem seus processos operacionais, sua capacidade de evitar fraudes, regular as despesas assistenciais para benefício do mútuo, do coletivo de pessoas que por este plano é coberto, mantendo assim as despesas assistenciais e a sinistralidade dentro de determinados parâmetros que garantam a continuidade da operação. Um dos recursos utilizados para esta gestão é a revisão de prestadores de serviços de saúde frente à demanda de sua carteira de clientes, acordos celebrados com estes prestadores tais como, tabela de preço acordada entre as partes para cada tipo de procedimento e distribuição geográfica.**

Assim estão garantidos esses recursos administrativos, desde que observados os preceitos regulamentares tais como as das Resoluções RN 365/14, RN 436/2018, IN DIPRO 46/2014, nas quais é claro o direito das operadoras revisarem a relação de seus prestadores, desde que respeitada a notificação prévia.

Trazemos ainda para conhecimento do juízo que a permanência em um plano de saúde é uma decisão que pode ser tomada mensalmente pelo consumidor, visto que a ele é reservado direito de seu desligamento a qualquer tempo, mediante comunicação. Também há previsão da possibilidade da portabilidade, de maneira que ao beneficiário é garantida a continuidade de seus tratamentos, sem qualquer aplicação de carências no novo plano de destino, conforme regulamentado na RN número 186/2009 e 438/2018. Pois o risco é de característica mensal, ou seja, para cada mensalidade paga a operadora de planos de saúde garante um novo ciclo mensal

de cobertura de risco. Ou seja: não há acúmulo de direitos a benefícios, coberturas ou rede de atendimento em razão do tempo de contribuição ao plano.

[...]

A inclusão de um ou outro prestador na rede de atendimento, mediante decisão judicial, é processo estranho à gestão, interferindo na capacidade da operadora de gerir as despesas assistenciais, impactando nos reajustes vindouros sobremaneira.

[...]

A adição da condição de reembolso mediante livre escolha do recurso de saúde por parte do beneficiário é uma das variáveis que compõe a precificação dos planos de saúde. Para o plano de saúde em tela, conforme detalhes descritos, não foi previsto na sua precificação esta característica de risco.

[...]

A exigência de relação contratual com prestador não credenciado é ainda mais prejudicial ao fluxo operacional da operadora de plano de saúde, pois toda exceção à regra expõe seus processos a maior risco de falhas humanas. A conferência e validação individualizada para processos extraordinários às rotinas expõe a risco operacional, com base nos critérios de Gestão de Risco a que as operadoras são exigidas a seguir. A elevação de risco operacional exige da operadora maior alocação de recursos em Capital Baseado em Riscos, o que poderá tornar o preço dos planos menos acessível no longo prazo.

[...]

O consumidor, ou melhor o beneficiário de plano de saúde, será de natureza leigo sob os aspectos da efetivação dos procedimentos e em especial uso de materiais em procedimentos de saúde. Um exemplo típico é uma consulta regular oftalmológica:

observa-se que o documento que assinamos no ato de registro na recepção do consultório terá a descrição de 3 a 6 procedimentos previstos em consulta, contudo tais eventos não ocorreram neste momento, pois é comum a recepção colher as assinaturas de forma prévia a consulta e mais: quem sabe, enquanto consumidor, o que é retinografia ou paquimetria ultrassônica?

[...]

Sob o aspecto atuarial devemos levar em consideração sempre o princípio do mutualismo, que prevê a diluição de risco em coletivo de pessoas expostas ao mesmo risco. Assim, qualquer decisão individual que afete um plano de saúde é uma desproporção de direito, onde um ganha vantagem em detrimento de muitos.

[...]

A portabilidade é um direito do consumidor de planos de saúde, cujas regras a serem observadas, definidas pela ANS, estão previstas na RN nº 438/2018. As restrições existentes referem-se a prazo de permanência mínimo de 12 meses para o exercício da primeira portabilidade e de 24 meses para usufruir de uma segunda portabilidade em diante. Também devem ser respeitadas as proporcionalidades de faixa etária, estar adimplente com o plano, não havendo restrições adicionais, caberá ao consumidor eleger entre os planos ofertados no mercado aquele que melhor se adequa a suas expectativas.

[...]

A previsão de ressarcimento de despesas de tratamento fora da rede credenciada é denominada de reembolso mediante livre escolha de prestadores, sendo esta uma característica possível aos planos de saúde. Contudo para o plano de saúde em tela, observamos não estar prevista esta modalidade. De qualquer sorte, mesmo quando prevista a modalidade de cobertura em livre escolha, é estabelecida uma tabela específica de reembolso, geralmente registrada em cartório.

O Ministério Público Federal assim se manifestou:

9. No mais, o exame do recurso especial desafia a interpretação de cláusulas contratuais e de resoluções normativas, em especial a Resolução da Agência Nacional da Saúde/ANS nº 259 e a Resolução nº 268, procedimentos vedados em recurso especial, ante o óbice das Súmulas nºs 5 e 7 desse eg. STJ.

[...]

11. Todavia, acaso ultrapassada a barreira da admissibilidade, manifesta-se o Ministério público pela negativa de provimento do especial, pelas razões que se seguem.

12. Destaca-se o que constou na sentença, confirmada in totum pelo v. acórdão atacado (fls. 670e):

[...]

13. Observe-se o seguinte trecho do v. acórdão rescindendo (fls. 469e):

“A apelante afirma que a cidade de Mogi das Cruzes faz parte da sua rede referenciada, conforme cláusula 3.1 do instrumento.

Por sua vez, a apelada trouxe documento extraído do site da apelante, no qual não consta estabelecimento médico - hospitalar para que seja a terapia seja realizada no referido município (fls. 90 e ss).

Havendo previsão contratual de atendimento em determinada região ou município, espera-se que o segurado encontre amparo no local que constou do contrato, o que não é o caso dos autos.”

14. Lembre-se ainda que o pedido inicial da autora era para que lhe fosse garantido o atendimento médico nos termos do plano contratado e nos limites do Município de Mogi das Cruzes/SP, condenando-se a ré ao reembolso por custos na realização de tratamentos cobertos pelo plano contratado.

15. Tomando-se como premissas inalteráveis os trechos acima descritos, já que o seu revolvimento encontra óbice nas Súmulas nºs 5 e 7 desse eg. STJ, tem-se que houve um descumprimento por parte da operadora de saúde, ao ponto de abalar o equilíbrio do contrato e o malferimento do princípio relativo ao Pacta Sunt Servanda, que trata da força vinculante dos contratos.

Afinal, os contratos existem para serem cumpridos, exceto se houver alguma nulidade na sua celebração, que não é o caso dos autos.

16. Com efeito, se ao tempo da celebração do contrato havia rede credenciada para o atendimento da enfermidade da autora e depois lhe foi tirada essa cobertura, tem-se que a ré descumpriu o acordo primevo, merecendo assim o ônus da condenação impingida pela Corte Estadual.

17. Ainda quanto à quebra contratual, vale ressaltar o entendimento desse eg. STJ, que privilegia o respeito e a regra da força vinculante dos contratos de saúde até para aqueles casos não submetidos às regras do Código de Defesa do Consumidor (planos de saúde de autogestão).

É o relatório.

2. A primeira questão controvertida consiste em saber se, em não havendo clínica credenciada no município do beneficiário de plano de saúde, é possível o custeio integral do tratamento, sem caráter de urgência ou emergência, em outro estabelecimento unilateralmente escolhido pela consumidora.

Para melhor compreensão da controvérsia, a sentença, integralmente confirmada pelo acórdão recorrido, anotou:

Para solução da demanda, cumpre analisar se a ré é ou não obrigada a manter rede de atendimento no município de Mogi das Cruzes, residência da autora, que consta da lista de municípios de abrangência do plano de saúde (cláusula 3ª do regulamento do plano).

A ré não controverteu o fato afirmado pela autora na sua inicial de que não há qualquer prestador de serviços deste município cadastrado no plano de saúde, muito embora houvesse ao menos 2 (dois) hospitais que atendessem ao plano quando da sua contratação pela autora.

O artigo 4º da Resolução Normativa 259/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar ("ANS"), com redação dada pela Resolução Normativa 268/2011, determina que na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial no município que pertença à área geográfica de abrangência, a operadora deverá garantir o atendimento em "prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município" ou "prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este".

O município de São Paulo, apesar de geograficamente aproximado, não é limítrofe em relação a Mogi das Cruzes, de forma que a ré não atende às disposições regulamentares ao oferecer prestador de serviços naquela localidade.

Note-se que o § 2º do mesmo artigo 4º aponta que "na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento (...)".

Ou seja, a possibilidade de a ré oferecer um prestador de serviços à autora no Município de São Paulo (desde que ofereça também o transporte), somente existiria caso não houvesse prestadores disponíveis em Mogi das Cruzes (ainda que não integrantes da rede assistencial) - o que os elementos dos autos demonstram não ser verdadeiro.

Não pode, portanto, a ré se utilizar da faculdade do artigo 4º, § 2º, da Resolução Normativa 259/2011, da ANS.

Outrossim, não se pode descuidar da especificidade do caso da autora, que demonstrou nos autos deter dificuldades sérias em relação a longos deslocamentos de automóvel. Dessa forma, mesmo

em sendo possível, nos termos da resolução acima indicada, a prestação dos serviços em municípios limítrofes, deve a ré garantir à autora o tratamento nos limites deste município de Mogi das Cruzes, o que consiste na primeira opção prevista a norma em análise para solução da situação.

Ressalte-se que a autora está filiada ao plano de saúde da ré há diversos anos e, quando da contratação, contava com razoável rede de atendimento nesta comarca. Não é aceitável que a ré simplesmente interrompa o entendimento neste município (que, anote-se, é o maior da sua região) e determine aos seus clientes que passem a realizar verdadeiras viagens para conseguirem atendimento.

O município de Santo André (único município limítrofe a Mogi das Cruzes onde, em tese, a autora poderia ser atendida, nos termos da relação juntada pela ré à folha 286) dista 76km (setenta e seis quilômetros) de Mogi das Cruzes!

Conclui-se, dessa forma, que a ré deve garantir à autora o atendimento dentro deste município.

Corolário da conclusão acima apontada, uma vez demonstrado que a ré não cumpriu com essa obrigação de garantir o atendimento no município de Mogi das Cruzes, deverá ser condenada ao ressarcimento dos valores comprovadamente gastos pela autora para conseguir atendimento nesta localidade.

O ressarcimento deve ser realizado de forma integral, e não com as limitações de reembolso previstas no regulamento do plano de saúde, tendo em vista que não se trata de opção da autora realizar o tratamento fora da rede autorizada, mas efetivo inadimplemento da ré em relação às suas obrigações.

Note-se que a ré não controverteu nos autos o fato de que as consultas e exames realizados pela autora estariam abrangidos pela cobertura do plano. Ressalte-se, também, que apesar de partir de uma situação concreta, a autora formulou pedido relativo a qualquer atendimento que venha a necessitar no futuro, independentemente de estar ligado ao problema de saúde que ela enfrenta atualmente.

[...]

Deve, por fim, a ré ser condenada na obrigação de garantir à autora atendimento no município de Mogi das Cruzes, para qualquer necessidade que esteja abrangida pela cobertura do plano de saúde contratado (e desde que haja profissionais disponíveis neste município, ainda que não credenciados).

Desde que não haja profissionais credenciados pela ré neste município, poderá a autora realizar os procedimentos (incluindo-se consultas, exames e tudo o que constar da cobertura contratual) e requerer o reembolso integral dos valores despendidos à ré, que deverá realizar o pagamento no prazo de 72 (setenta e duas) horas diretamente à autora, sob pena de multa no mesmo valor do ressarcimento requerido pela autora.

O acórdão recorrido, por seu turno, dispôs:

Trata-se de recurso interposto contra sentença de pg. 392/396, cujo relatório se adota e contra a qual foram opostos embargos de declaração,

rejeitados, que julgou procedentes os pedidos deduzidos em ação de obrigação de fazer, para, confirmada a tutela inicialmente concedida, condenar a ré ao ressarcimento dos valores apontados nos documentos de fls. 289, 367 e 368 e daqueles indicados a fls. 98, 99 e 101, devidamente corrigidos, além de impor a obrigação de garantir à autora atendimento no município de Mogi das Cruzes, nas condições especificadas, impondo, ainda, à vencida os ônus pela sucumbência.

Inconformada, a ré alega, preliminarmente, haver carência da ação, por falta de interesse de agir da autora, tendo em vista não ter havido, em momento algum, negativa sua em garantir o tratamento adequado e necessário à patologia da segurada; que foi privada de exercer, em sua plenitude, seu direito de defesa e contraditório, acarretando-lhe cerceamento pelo julgamento antecipado, em total desrespeito a princípios constitucionais. No mérito, afirma, em suma, não haver negativa de cobertura para o tratamento, mas oferta de rede credenciada apta a satisfazer as necessidades médicas da demandante;

que foi garantida a cobertura na área de abrangência geográfica, nos termos em que pactuados (cláusula 3.1) e da Resolução Normativa 259 da ANS; que há impossibilidade de reembolso das despesas médicas realizadas em caráter particular (cláusula 21.1), já que possui rede credenciada para prestar os serviços. Alternativamente, pede que o reembolso dos gastos médicos particulares ocorra no limite do valor pago à rede credenciada. Pede, ainda, a redução dos honorários advocatícios sucumbenciais, observando-se o disposto no art. 20, §§ 3º e 42, do CPC/1973.

[...]

No mérito, o recurso não prospera.

A apelante recusa-se a garantir à apelada atendimento médico, no Município de Mogi das Cruzes - região que consta da sua área de abrangência -, alegando que ofereceu atendimento na sua rede credenciada, o qual seria apto a satisfazer as necessidades médicas da apelada. Esta, por sua vez, sustenta que, quando firmou contrato com a apelante, havia rede médica e hospitalar credenciada na referida cidade, o que supria suas necessidades, e que, além de contar com mais de 60(sessenta) anos, está em tratamento de doença grave (câncer).

[...]

Havendo previsão contratual de atendimento em determinada região ou município, espera-se que o segurado encontre amparo no local que constou do contrato, o que não é o caso dos autos.

A situação agrava-se ainda mais diante da descabida pretensão de se impor àquele que se encontra em situação de enfermidade, qualquer que seja ela, a necessidade de deslocamento de um município para outro, para que seja possível realizar o tratamento.

A fim de evitar essa situação, a Resolução Normativa RN 259 da ANS dispõe, em seu art. 4º, que:

[...]

Até por isso - pela garantia que o segurado tem de ser atendido na região de atuação da seguradora -, os honorários médicos dos profissionais contratados particularmente devem de ser suportado integralmente pela apelante.

Igualmente, para a solução da questão controvertida, considero relevante transcrever, respectivamente, o que dispõe o art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998 e os arts. 4º e 5º, I, da Resolução ANS n. 259/2001:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

[...]

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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

--

Art. 4º Na hipótese de 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, a operadora deverá garantir o atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; **ou** (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, 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. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

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: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 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. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

3. É sabido que o direito à saúde, de segunda geração ou dimensão, é denominado direito humano fundamental, sendo a Constituição Federal de 1988 a primeira Carta política que formalmente assim declarou, conforme se extrai da leitura dos arts. 6º, 196 e 200.

Ingo Wolfgang Sarlet leciona que o texto constitucional não define expressamente o conteúdo do direito à proteção e à promoção da saúde, indicando "a relevância de uma adequada concretização por parte do legislador e, no que for cabível, por parte da administração pública".

É dizer, no tocante às possibilidades e aos limites da exigibilidade do direito constitucional à saúde na condição de direito subjetivo, a pretensão de prestações materiais "demanda uma solução sobre o conteúdo dessas prestações, principalmente em face da ausência de previsão constitucional mais precisa" (CANOTILHO, José Joaquim Gomes; MENDES, Gilmar Ferreira; SARLET, Ingo Wolfgang; STRECK, Lenio Luiz (coords.). *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 1.932-1.935).

Com efeito, resguardado o núcleo essencial do direito fundamental no tocante à saúde suplementar, são, sobretudo, a Lei n. 9.656/1998, a Lei n. 9.961/2000 e os atos regulamentares infralegais da ANS e do Conselho de Saúde Suplementar, expressamente prestigiados por disposições legais infraconstitucionais, que, representando inequivocamente forte intervenção estatal na relação contratual de direito privado (planos e seguros de saúde), conferem densidade normativa ao direito constitucional à saúde.

Cabe menção também ao art. 35-G da Lei n. 9.656/1988, incluído pela MP n. 2.177-44/2001, o qual estabelece que as disposições do CDC se aplicam subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos a que se referem o inciso I e o § 1º do art. 1º da mesma Lei.

Outrossim, antes de apreciar o tema controvertido, cumpre observar, ademais, que a segurança das relações jurídicas depende da lealdade, da equivalência das prestações e contraprestações, da confiança recíproca, da efetividade dos negócios jurídicos, da

coerência e da clarividência dos direitos e deveres (RIZZARDO, Arnaldo. *Contratos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004, p. 32).

Nessa toada, anota a doutrina especializada que a viabilização da atividade de assistência à saúde envolve custos elevados, os quais terão de ser suportados pelos próprios consumidores, e que "cabe ao Poder Judiciário um papel fundamental, o de promover uma interpretação justa e equilibrada da legislação pertinente à matéria", sopesando "os interesses envolvidos sem sentimentalismos e ideias preconcebidas", "contando com o apoio técnico de profissionais qualificados" (FERREIRA, Cláudia Galiberne; PEREIRA, Hélio do Valle; ENZWEILER, Romano José (coords). *Curso de direito médico*. São Paulo: Conceito Editorial, 2011, p. 214-215).

Dessarte, eventuais decisões administrativas ou judiciais à margem da lei "escapam das previsões pretéritas" e têm o condão de agravar "a delicada situação financeira de inúmeras operadoras de planos de saúde, que, seguida de intervenções, liquidações ou aquisições de carteiras de clientes, fere em última análise a própria confiança e expectativa dos consumidores, razão maior da contratação" do plano ou seguro de saúde. "O problema deixa de ser da operadora e passa a atingir toda a sociedade" (LOUREIRO, Francisco Eduardo; SILVA, Regina Beatriz Tavares da (org.). *Responsabilidade civil: responsabilidade civil na área da saúde*. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 338).

4. Como sabido, o modelo de assistência à saúde adotado no Brasil é o de prestação compartilhada entre o Poder Público e instituições privadas. Essa foi a opção feita pela Constituição de 1988, que, em seu art. 197, classificou as ações e os serviços de saúde como de relevância pública, cuja execução pode dar-se diretamente pelo Poder Público ou, sob sua fiscalização e controle, pela iniciativa privada.

Inicialmente a questão era disciplinada pelo Código Civil de 1916 e pelo Decreto-Lei n. 73/1966, que estruturou o seguro-saúde. Menciona-se também a Lei n. 6.839/1980, que instituiu a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares e da anotação dos profissionais por elas responsáveis legalmente habilitados pelos CRMs. A atividade também sofreu relevante influxo com o Código de Defesa do Consumidor.

Em suma, após considerável lacuna legislativa e indefinição de princípios norteadores, condições e exigências básicas para a atuação do setor privado na área da saúde, foi publicada a Lei n. 9.656/1998, com as necessárias inovações no sistema normativo e fiscalizador da assistência privada à saúde, dando-lhe organicidade, definindo a natureza de seus operadores e as modalidades de sua atuação.

A referida lei tem como objeto a garantia do direito à *assistência à saúde*, restringindo-se, portanto, à assistência médica, hospitalar e odontológica, objeto do contrato

privado pactuado com as pessoas privadas operadoras dos respectivos planos e seguros.

Nos termos do art. 1º da Lei n. 9.656/98, os planos privados de assistência à saúde consistem em 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 à 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.

A Lei n. 9.656/1998 foi, assim, concebida para tratar dos planos e seguros privados de assistência à saúde, criando um microssistema, com normatividade específica e diferenciada de proteção aos usuários de serviços privados de saúde.

Nessa toada, algumas das principais inovações da lei foram a obrigatoriedade da obtenção de autorização de funcionamento das operadoras e o compulsório registro dos contratos na agência reguladora (Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), bem como seus respectivos conteúdos atuariais e cláusulas de cobertura.

Portanto, no sistema da lei, tão somente as pessoas jurídicas regularmente constituídas estão autorizadas a operar os planos privados de assistência à saúde, sejam as constituídas em regime de prestação de serviços, sejam as que atuam em regime de garantia de pagamento e de reembolso, sejam as de regime de autogestão.

Renata Maria Gil Esmeraldi e José Fernando Lopes, em dissertação sobre o tema, orientam que "todas as operadoras, inclusive aquelas que a elas estão por alguma forma equiparadas (Lei 9.656/98, art. 1º, §§ 1º e 2º), bem como as atividades de assistência que a elas cabe prestar (Lei n. 9.656/98, art. 8º), estão subordinadas e submetidas à regulação, controle e fiscalização da ANS (Lei n. 9.656/98, art. 1º, §1º)" (*Planos de saúde no Brasil*. Doutrina e jurisprudência. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 42).

Na linha desse entendimento, a meu juízo, parece intuitivo concluir que, quando da idealização da legislação específica e satisfatoriamente abrangente, a regra foi fazer incidir seus mandamentos sempre que as relações a serem reguladas dissessem respeito à atividade regulamentada pela lei, qual seja a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir assistência médica, hospitalar e odontológica.

Dito de outro modo, parece-me que o escopo do legislador foi regular a **atividade de assistência à saúde suplementar**, independentemente da natureza jurídica com a qual se formaliza a entidade incumbida de prestar os respectivos serviços.

Nessa esteira, mais importa a atividade exercida pela prestadora dos planos de saúde do que a circunstância de ser ela constituída sob a forma de sociedade empresária ou sob o modelo de autogestão, por exemplo.

De fato, independentemente da modalidade de constituição, a atividade exercida por qualquer uma das pessoas jurídicas mencionadas acima é só a **administração de planos de saúde e assistência médica e hospitalar privada, elemento suficiente para atrair a incidência das normas expostas na Lei n. 9.656/1998.**

5. Nesse passo, como relatado, uma das razões que me fizeram convocar os *amici curiae*, a par de a relevância do segundo tema controvertido igualmente justificar a medida, foi o advento de precedente da colenda Terceira Turma, da relatoria da eminente Ministra Nancy Andrighi, REsp n. 1.575.764/SP, em que aquele colegiado, por maioria de seus doutos membros, expressamente propôs uma revisão da jurisprudência do STJ, mediante uma releitura do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, para admitir o reembolso de tratamento, mesmo sem caráter de urgência ou emergência, fora da rede credenciada ao plano de saúde.

O mencionado precedente da Terceira Turma tem a seguinte ementa:

RECURSO ESPECIAL. PLANOS DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. RATIFICAÇÃO DA APELAÇÃO. DESNECESSIDADE. AUSÊNCIA DE MODIFICAÇÃO DA SENTENÇA COM O JULGAMENTO DOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. ASTREINTES. DECISÃO PROVISÓRIA REVOGADA COM A SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. RESSARCIMENTO DO BENEFICIÁRIO POR UTILIZAÇÃO DE HOSPITAL PRIVADO NÃO CREDENCIADO. LIMITES DA TABELA DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO. EQUILÍBRIO ATUARIAL E INTERESSE DO CONSUMIDOR. MANUTENÇÃO.

1. Ação ajuizada em 12/03/10. Recurso especial interposto em 28/03/14 e atribuído ao gabinete em 25/08/16.

2. O propósito recursal consiste em dizer: i) da necessidade de ratificação da apelação após o julgamento de embargos de declaração da sentença; ii) da manutenção das astreintes fixadas em decisão provisória posteriormente revogada em sentença; iii) da exegese do art. 12, VI, da Lei 9.656/98 - Lei dos Planos de Saúde (LPS).

3. A ratificação do recurso de apelação após o julgamento dos embargos de declaração somente se faz necessária se houver modificação do julgado.

4. A sentença de improcedência do pedido tem o condão de revogar a decisão concessiva da antecipação de tutela, ante a existência de evidente antinomia entre elas.

5. A operadora de plano de saúde está obrigada a ressarcir o Sistema Único de Saúde quando seus beneficiários se utilizarem do serviço público de atenção à saúde, conforme procedimento próprio estabelecido na Resolução Normativa 358/2014, da ANS. Constitucionalidade do art. 32 da LPS - Tema 345 da repercussão geral do STF.

6. Se a operadora de plano de saúde é obrigada a ressarcir o SUS na hipótese de tratamento em hospital público, não há razão para deixar de

reembolsar o próprio beneficiário que se utiliza dos serviços do hospital privado que não faz parte da sua rede credenciada.

7. O reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde deve ser permitido quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, sendo as hipóteses de urgência e emergência apenas exemplos (e não requisitos) dessa segurança contratual dada aos consumidores.

8. Recurso especial conhecido e parcialmente provido. (REsp n. 1.575.764/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 7/5/2019, DJe de 30/5/2019.)

É bem de ver, como é cediço, que, com a modificação da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro, os arts. 20 a 30 exigem dos operadores do direito um viés consequencialista, tanto na tomada de decisões pelas autoridades administrativas - que passam também a ter um ônus maior de transparência, por meio de consultas públicas - quanto para o Judiciário - que passa a ter a obrigação de levar em conta as consequências de suas decisões no mundo jurídico, no mundo fático, antes de proferi-las.

Ademais, conforme adverte a abalizada doutrina, o fenômeno denominado "judicialização da saúde" exige redobrada cautela e autocontenção por parte de toda a magistratura, para não ser levada a proferir decisões limitando-se ao temerário exame insulado dos casos concretos, "que, somados, correspondem à definição de políticas públicas, feita sem qualquer planejamento (que o Judiciário, pela justiça do caso concreto, não tem condições de fazer) e sem atentar para as deficiências orçamentárias que somente se ampliam em decorrência de sua atuação, desprovida que é da visão de conjunto que seria necessária para a definição de qualquer política pública que se pretenda venha em benefício de todos e não de uma minoria".

Com efeito, o "grande risco da concessão judicial indiscriminada [...] é que o *summum jus* (concessão de um direito individual mal investigado) se transforme em *summa injuria* (interesse coletivo desprotegido). **Sem falar que o juiz se substitui ao Legislativo e ao Executivo na implementação de políticas públicas, concentrando em suas mãos uma parcela de cada um dos três Poderes do Estado, com sérios riscos para o Estado de Direito e para a segurança jurídica** (DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Judicialização de políticas públicas pode opor interesses individuais e coletivos*)" (AglInt no AREsp n. 1.619.479/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 29/3/2021, DJe de 5/4/2021).

Além do mais, **por não estar o Judiciário legitimado e aparelhado para estabelecer limitações que se façam necessárias à autonomia privada, mormente no presente caso, em que o entendimento testilha com o que foi estabelecido pelo legislador e pela ANS no âmbito de seu poder regulador, pode haver consequências**

imprevisíveis no mercado, em prejuízo da própria generalidade dos consumidores.

Diante desse cenário e com supedâneo também nas substanciosas manifestações dos *amici curiae*, renovadas as vênias, **ouso discordar do entendimento sufragado pela Terceira Turma no sentido de que a inobservância da rede credenciada ao plano de saúde, desde que limitado o reembolso à tabela, não ensejaria desequilíbrio atuarial.**

Isso porque, como é de sabença, como também lembrado em manifestações de *amici curiae* à luz da realidade de mercado, por ocasião da *precificação* de um plano de assistência à saúde, o atuário considera o valor do custo médio dos procedimentos em função dos valores negociados com uma rede de prestadores de serviços pré-determinada e de uma expectativa de frequência de utilização desses procedimentos.

É usual as operadoras, na relação mercantil que mantêm com prestadores de serviços da rede credenciada, firmarem contratos prevendo custo de procedimento nos moldes contratados – mediante prévia análise econômica procedida pelas partes da relação mercantil, valendo-se também do considerável poder de barganha que têm, obtendo grande abatimento de preço em contratações de vulto ("pacotes") – ou mesmo pagarem menos que o valor de tabela.

Ora, como pontuado pela ANS, "mesmo os valores pagos pela operadora a um determinado prestador podem ser diferentes do valor pago a outro semelhante, trazendo incerteza ao valor que seria reembolsado ao beneficiário".

A Autarquia também esclarece que, segundo a manifestação da Gerência Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos - em linha com a manifestação do *amicus curiae* Instituto Brasileiro de Atuária - IBA (órgão de classe dos atuários) -, a ampliação das hipóteses de acesso à livre escolha de prestador de serviço poderá gerar impactos na rotina administrativa da operadora e em suas despesas assistenciais, o que se refletirá nos aumentos das contraprestações pecuniárias.

Portanto, parece mesmo inviável a inobservância da rede credenciada. Isso porque: a) ocasiona desestruturação administrativa aos planos de saúde, aumento de custos e reflexamente encarecimento dos planos existentes e oferecimento de planos de saúde mais caros ao mercado; b) é incompatível com a liberdade contratual impor que o plano de saúde mantenha, por via reflexa, relação com prestadores de serviços não credenciados, eventualmente até mesmo previamente descredenciados; c) é inviável ao plano de saúde fazer o mesmo controle acerca da higidez das despesas em caso de atendimento por prestador de serviços fora da rede credenciada; d) o consumidor não tem a mesma *expertise* da operadora do plano de saúde para aferir a efetivação dos procedimentos e do uso dos materiais cobrados por prestadores de serviços fora da rede credenciada; e) tendo em vista

ser direito da operadora do plano de saúde submeter procedimentos solicitados a seu médico auditor, causa sérios embaraços conciliar essa atuação com atendimentos eletivos realizados por médicos não credenciados; f) é solução que não permite a viabilização econômica para formação ou manutenção de cooperativa de médicos ou dentistas tendo por objeto o oferecimento de plano de saúde.

Outrossim, e não menos relevante, cumpre observar que a Segunda Seção, por ocasião do julgamento dos EAREsp n. 1.459.849/ES, em julgamento realizado em 14/10/2020, pacificou, no âmbito do STJ, à luz do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, 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.

Confira-se:

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.

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 1459849/ES, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/10/2020, DJe 17/12/2020)

De fato, como bem ponderado pela FenaSaúde, o reembolso ao SUS tem fundamento na lógica de equalização de ônus sociais entre o setor privado e o público, no incentivo ao uso da rede privada própria e igualmente no caráter de excepcionalidade. Em regra, até mesmo por questão de lógica, beneficiário de plano de saúde não contrata plano de saúde tendo em mira usar os serviços públicos para tratamentos:

Por outro lado, o ressarcimento ao SUS é fruto de uma relação de sujeição geral entre a Administração Pública e as operadoras de planos de saúde, típico do regime jurídico administrativo.

42. Em segundo lugar, o art. 32 da LPS, em momento algum, pretendeu fortalecer um suposto direito à livre escolha dos beneficiários. Pelo contrário: o ressarcimento ao SUS é um meio de incentivar o uso da rede própria, credenciada ou referenciadas pelos consumidores dos planos de saúde – meio esse encontrado como forma de desonerar o já assoberbado sistema público. O SUS é gratuito a toda a população (art. 196, CRFB) e cláusulas contratuais não poderiam limitar o direito dos beneficiários de acessar a rede pública. Carece de lógica, pois, que a partir do ressarcimento ao SUS (art. 32) se extraia um dever de cobertura ampla, por meio de reembolsos, a todos os beneficiários de planos de saúde, em uma leitura ampliada do art. 12, VI da LPS.

O art. 32 da Lei n. 9.656/1998 assim como o art. 12, VI, são disposições claramente estabelecidas para situações de exceção, bem peculiares, não se podendo fazer da exceção a regra. Nessa linha de inteligência, conforme a consagrada doutrina de Carlos Maximiliano, **jamais poderá o juiz, a pretexto de interpretar, esvair a essência da regra legal**, ressaltando que as disposições excepcionais são estabelecidas por motivos ou considerações particulares, mas reduzem-se à hipótese expressa:

Jamais poderá o juiz transpor os limites estabelecidos pelo Código [...]. Não considera a lei como rígida, sem lacunas e sem elastério, inadaptável às circunstâncias; completa o texto; porém **não lhe corrige a essência, nem o substitui jamais.**

[...]

272 - **As disposições excepcionais são estabelecidas por motivos ou considerações particulares, contra outras normas jurídicas, ou contra o Direito comum; por isso não se estendem além dos casos e tempos que designam expressamente.**

[...]

286 - Parece oportuna a generalização da regra exposta acerca de determinadas espécies de preceitos, **esclarecer como se entende e aplica uma norma excepcional. É de Direito estrito; reduz-se à hipótese expressa:** na dúvida, segue-se a regra geral. **Eis porque se diz que a exceção confirma a regra nos casos não excetuados.**

287 - O processo de exegese das leis de tal natureza é sintetizado na parêmia célebre, que seria imprudência eliminar sem maior exame - **'interpretam-se restritamente as disposições derogatórias do Direito comum'**. Não há efeito sem causa: a predileção tradicional pelos brocardos provém da manifesta utilidade dos mesmos. Constituem sínteses esclarecedoras, admiráveis súmulas de doutrinas consolidadas. Os males que lhes atribuem são os de todas as regras concisas: decorrem não do uso, e sim do abuso dos dizeres lacônicos. O exagero encontra-se antes na deficiência de cultura ou no temperamento do aplicador do que no âmago do apotegma. Bem compreendido este, conciliados os seus termos e a

evolução do Direito, a letra antiga e as idéias modernas, ressaltará ainda a vantagem atual desses comprimidos de idéias jurídicas, auxiliares da memória, amparos do hermeneuta, fanais do julgador vacilante em um labirinto de regras positivas.

Quanta dúvida resolve, num relâmpago, aquela síntese expressiva - interpretam-se restritivamente as disposições derogatórias do Direito comum!

Responde, em sentido negativo, à primeira interrogação: o Direito Excepcional comporta o recurso à analogia? Ainda enfrenta, e com vantagem, a segunda: é ele compatível com a exegese extensiva? Neste último caso, persiste o adágio em amparar a recusa; acompanham-no reputados mestres; outros divergem, porém mais na aparência do que na realidade: esboçam um sim acompanhado de reservas que o aproximam do não. Quando se pronunciam pelo efeito extensivo, fazem-no com o intuito de excluir o restritivo, tomado este na acepção tradicional. **Timbram em evitar que se aplique menos do que a norma admite; porém não pretendem o oposto - ir além do que o texto prescreve. O seu intento é tirar da regra tudo o que na mesma se contém, nem mais, nem menos.** Essa interpretação bastante se aproxima da que os clássicos apelidavam declarativa; **denomina-se estrita: busca o sentido exato; não dilata, nem restringe.**

Com as reservas expostas, **a parêmia terá sempre cabimento e utilidade.** Se fora lícito retocar a forma tradicional, substituir-se-ia apenas o advérbio: ao invés de restritiva, estritamente. Se prevalecer o escrúpulo em emendar adágios, de leve sequer, bastará que se entenda a letra de outrora de acordo com as idéias de hoje: o brocardo sintetiza o dever de aplicar o conceito **excepcional só à espécie que ele exprime, nada acrescido, nem suprimido ao que a norma encerra, observada a mesma, portanto, em toda a sua plenitude.** (MAXIMILIANO, Carlos. *Hermenêutica e aplicação do direito*. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2011, p. 69, 184, 191 e 192)

O STF, nos limites de suas competências constitucionais e da tripartição de poderes, como expressamente admitido no precedente invocado da Terceira Turma, limitou-se a reconhecer a constitucionalidade do art. 32 da Lei n. 9.656/1998, que estabelece que serão ressarcidos pelas operadoras de planos e seguros de saúde, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos prestados a seus consumidores e respectivos dependentes em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

Isso não significa, em absoluto, nenhuma inovação da ordem jurídica. A lei - preceito jurídico escrito, emanado do legislador e dotado de caráter geral e obrigatório - é a fonte principal do direito, sendo fontes secundárias a analogia, os costumes, os princípios gerais do direito, a doutrina e a jurisprudência.

Não é função das Cortes de superposição exercitar atividade normativa primária, mas operar como intérprete que realiza a apreciação exegética sobre regras legais,

buscando extrair a normas (THEODORO JÚNIOR, Humberto. *Curso de direito processual civil*. 50 ed. Rio de Janeiro: Forense, vol. III, 2017, p. 1.188).

Assim também não cabe, a meu juízo, aplicação da analogia, que somente é viável quando houver lacuna da lei, conforme disposto no art. 4º da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro - LINDB.

6. A segunda questão a ser solucionada está em saber se, em não havendo prestador da rede credenciada ao plano de saúde para o tratamento necessário do usuário, é possível admitir-se como suprida a obrigação contratual, com a existência de prestador de serviços em município limítrofe ou se é possível o consumidor unilateralmente escolher um, vindicando a imposição de reembolso integral das despesas.

Como preâmbulo do exame desse ponto controvertido, considero deveras relevante consignar que não se trata de ação de obrigação de fazer o plano de saúde indicar prestado de serviços para que a parte autora realize o tratamento vindicado ou mesmo ofereça transporte ou ressarcimento desse custo, mas sim de imposição de ressarcimento integral de despesas com prestador de serviços unilateralmente escolhido pela autora, conforme a sua exclusiva conveniência.

Malgrado na inicial a autora faça alusão genérica a descredenciamento de hospital sem afirmada prévia notificação, não há esclarecimento nem mesmo apuração pelas instâncias ordinárias acerca de esse fato ter sido recente, sendo certo que não implicou nenhuma suspensão de internação ou de tratamento que estivesse sendo realizado.

Na verdade, na exordial, oferecida em 3/2/2015, a autora limita-se a afirmar que, em 2007, quando aderiu ao contrato de plano de saúde, havia rede credenciada em seu município e que, em 2011, chegou a realizar tratamentos de saúde diversos no hospital de seu agrado, todavia, na data em que ajuizada a ação, o nosocômio já não era mais credenciado, não havendo mais nenhum prestador em seu município de residência.

No caso, nada obstante a ANS aponte que existem, sim, dois prestadores de serviços hospitalares no município da Autora (Mogi das Cruzes) e que qualquer usuário pode consultar nos *sítes* das operadoras de planos de saúde ou da própria autarquia a rede credenciada, nem mesmo na causa de pedir da demanda é afirmado que tinha havido descredenciamento recente, **admitindo o próprio Juízo de piso, na sentença, haver prestador hábil a oferecer o tratamento no Município limítrofe de Santo André** ou mesmo no de São Paulo (a título de registro, cumpre consignar que o Município de Santo André dista em linha reta de Mogi das Cruzes, 38,03Km, tendo uma distância de condução de 49km, que são percorridos em cerca de um hora e três minutos; já São Paulo, que a autora admite ter prestador de serviços, tem uma distância de condução de 61km e tempo de condução estimado em 51 minutos).

Superior Tribunal de Justiça

Por certo, como aponta a doutrina especializada, a lei atribui ao Consu e à ANS a responsabilidade pela formulação infralegal da política de saúde suplementar.

Essas entidades da administração pública federal, em cumprimento à vontade do legislador, formulam políticas públicas relevantes. Malgrado trate-se de regulamentação infralegal, decorre de expressa delegação de competência, o que se configura mesmo necessário tendo em vista o fato de que "a rapidez com que são editadas as regras é a mesma com que elas podem ser revogadas ou modificadas, caso produzam resultados contrários aos pretendidos. Estes efeitos não poderiam ser obtidos se fosse necessário o processo legislativo" (BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. *Lei dos planos e seguros de saúde: comentada e anotada artigo por artigo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, p. 65-69).

Em sede doutrinária, leciona o Ministro Luís Roberto Barroso que "o Judiciário deve deferência aos atos das agências reguladoras porque se trata de atos da Administração Pública - isto é: de um outro poder político - e atos praticados por entidades criadas e aparelhadas de forma específica pelo Legislativo para a regulação de determinado setor. [...] Há [...] um segundo conjunto de razões [...]. O ponto está relacionado às chamadas capacidades institucionais, isto é, às condições que de cada estrutura dispõe para a tomada de decisões. Como regra, o sistema político e, **sobretudo, as instâncias administrativas dispõem de melhores instrumentos para apreciar realidades complexas e fazer avaliações sistêmicas e de longo prazo.** [...] O magistrado, por seu turno, [...] nem tem como considerar as necessidades do sistema e nem sequer seria capaz de avaliar o impacto de suas decisões sobre esse sistema" (CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (Org.). *Planos de saúde: aspectos jurídicos e econômicos*. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 251-254).

Com efeito, deve-se observar a integração cogente que se opera quando sobre a espécie contratual há normas que devem obrigatoriamente fazer parte do negócio jurídico por força de lei. São normas que se sobrepõem à vontade dos interessados e integram a contratação por imperativo legal (NADER, Paulo. *Curso de direito civil: contratos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2008, p. 73-74).

Nesse rumo, é digno de registro que a uníssona doutrina especializada e a majoritária consumerista alertam para a necessidade de não se inviabilizar a saúde suplementar, realçando que "uma das grandes dificuldades em relação ao contrato de seguro e planos de assistência à saúde diz respeito à manutenção do equilíbrio das prestações no tempo".

A disciplina contratual "exige uma adequada divisão de ônus e benefícios, na linha do que os estudos sobre contratos relacionais no Brasil vem desenvolvendo, dos sujeitos como parte de uma mesma comunidade de interesses, objetivos e padrões. Isso terá

Superior Tribunal de Justiça

de ser observado tanto em relação à transferência e distribuição adequada dos riscos quanto na identificação de deveres específicos ao fornecedor para assegurar a sustentabilidade, gerindo custos de forma racional e prudente".

Por todos, mencione-se o escólio de Bruno Miragem:

Embora seja um contrato com disciplina legal detalhada, assim como subordinado a intensa atuação regulatória - por intermédio das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -, não é errado dizer que muito do seu perfil atual é fruto de construção jurisprudencial - em especial a partir do entendimento do Superior Tribunal de Justiça. O elevado nível de litigiosidade entre fornecedores e consumidores contribui para esse protagonismo judicial.

[...]

Da mesma forma, os elevados custos do setor de saúde no Brasil e no mundo, que pressionam a atividade do fornecedor e a sustentabilidade desses sistemas contratuais.

[...]

Há, contudo, prestação de serviços de trato sucessivo, ou seja, contratos de fazer de longa duração e que possuem uma grande importância social e individual.

[...]

Uma das grandes dificuldades em relação ao contrato de seguro e planos de assistência à saúde diz respeito à manutenção do equilíbrio das prestações no tempo.

[...]

Desse modo, exige uma adequada divisão de ônus e benefícios, na linha de que os estudos sobre contratos relacionais no Brasil vem desenvolvendo, dos sujeitos como parte de uma mesma comunidade de interesses, objetivos e padrões. Isso terá de ser observado tanto em relação à transferência e distribuição adequada dos riscos quanto na identificação de deveres específicos ao fornecedor para assegurar a sustentabilidade, gerindo custos de forma racional e prudente [...]. (MIRAGEM, Bruno; SALOMÃO, Luis Felipe; TARTUCE, Flávio (orgs.). *Direito civil: diálogos entre a doutrina e a jurisprudência*. São Paulo: Atlas, 2018, p. 299-310).

É bem de ver que o Juízo de piso invoca a mesma Resolução ANS n. 259/2011, também utilizada pela autarquia *amicus curiae* ANS, mas, renovadas as vênias, afasta o ato administrativo de imperatividade inerente, inclusive para quaisquer outros tratamentos futuros, em total menoscabo para com as atribuições do órgão fiscalizador e regulador. Ademais, a título de oportuno registro, fixa o prazo de 72 horas para quaisquer reembolsos futuros, malgrado o art. 9º da mencionada resolução estabeleça, mesmo para tratamentos reembolsáveis de urgência e emergência fora da rede credenciada, o prazo de 30 dias após a entrega da documentação que comprova a despesa, correspondendo ao valor previsto no seu contrato.

Superior Tribunal de Justiça

Como visto, à luz da Lei n. 9.656/1998 e da Resolução ANS n. 259/2011, como ponderado pela ANS, a livre escolha de prestadores de serviços assistenciais é restrita aos contratos que a prevejam (via de regra, seguros de saúde), sendo permitida excepcionalmente sua adoção nas hipóteses; i) dos atendimentos de urgência e de emergência; ii) da indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial no Município; ou iii) da inexistência de prestador no município limítrofe. Assim, é certo que, nesses dois últimos casos, a livre escolha e o consequente reembolso somente serão cabíveis se a operadora não vier a cumprir sua obrigação primordial de garantir o atendimento por prestador **por ela indicado** ou autorizado, na forma e nas condições previstas na Resolução Normativa n. 259, de 17 de junho de 2011.

De fato, e na linha do assegurado na manifestação da própria ANS, a normatização de regência foi indevidamente violada/afastada pelas instâncias ordinárias, não parecendo desarrazoada, mormente a ponto de justificar que se cogite em intervenção judicial interferindo ilegítimamente no poder regulador.

Por óbvio, exigir que os prestadores de serviço tenham de ser sempre do mesmo município do usuário do plano de saúde (não podendo ser nem mesmo de município limítrofe) retiraria o poder de barganha das operadoras de planos de saúde, que teriam de se submeter aos preços impostos pelo prestador de serviços, ocasionando maiores despesas para o fundo mutual dos planos de saúde e consequente incremento do reajuste por aumento de sinistralidade no ano seguinte, a par de que, a toda evidência, reduziria a oferta de planos de saúde tendo abrangência geográfica contemplando municípios menores ou com poucos prestadores de serviços.

Como também assegurado pela autarquia, "**a normatização promovida pela ANS busca conciliar a necessária manutenção do equilíbrio das bases econômico-financeiras, atuariais e administrativas que modelaram a concepção, registro e oferta do produto, com a imperiosa fruição dos direitos assistenciais pelos consumidores**", sendo lícito concluir que as hipóteses previstas na já mencionada Resolução Normativa 259, de 2011, ao sentir da agência reguladora, conferem adequado tratamento ao conflito de interesses".

O art. 421, parágrafo único, do CC, com a redação conferida pela Lei n. 13.784/2019, passou a estabelecer que a liberdade contratual será exercida nos limites da função social do contrato. Nas relações contratuais privadas, prevalecerão o princípio da intervenção mínima e a excepcionalidade da revisão contratual.

Consoante entendimento majoritário da doutrina especializada, os planos e os seguros privados de assistência à saúde possuem nítida natureza mutualista e securitária, submetendo-se a precificação a cálculos e estudos atuariais. A função econômica do seguro

é socializar riscos entre os usuários. A operadora recebe de cada um o prêmio, calculado de acordo com a probabilidade de ocorrência do evento danoso. Em contrapartida, obriga-se a conceder a garantia consistente em pagar certa prestação pecuniária ao segurado, ou a terceiros beneficiários, na hipótese de verificação de sinistro (COELHO, Fábio Ulhoa. *Contratos*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 340-341).

Nos casos de contratos securitários, como é *cediço*, notadamente tendo em vista os avanços da atuária, há acesa controvérsia doutrinária acerca da inserção da *álea* como integrante do objeto do contrato de seguro, considerando que, com os prêmios que recebe de seus segurados, se corretos os cálculos atuariais que realizou, a seguradora não apenas disporá dos recursos necessários aos pagamentos das prestações devidas, em razão dos eventos segurados que se verificarem e das despesas administrativas e operacionais relacionadas ao seu funcionamento, como também obterá lucro.

Destarte, em um ambiente de segurança jurídica, a atividade seguradora se baseia em riscos, e não em incertezas, pois os riscos contidos na apólice, nos estritos termos em que foi elaborada, podem ser perfeitamente investigados e mensurados (POLIDO, Walter A. *Contrato de seguro e a atividade seguradora no Brasil: Direito do Consumidor*. São Paulo: Roncarati, 2015, p. 13 e 17).

Na verdade, o contrato de assistência à saúde põe em confronto dois valores antagônicos. De um lado, a operação econômica, cujo equilíbrio deve ser preservado como meio de assegurar a utilidade do contrato (a assistência prometida). De outro lado, o interesse material do consumidor na preservação da sua saúde (PASQUALOTTO, Adalberto. MARQUES, Claudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos (coords.). *Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999, p. 47-48).

Por conseguinte, invocando o princípio da função social do contrato, insculpido no art. 421 do CC, não se pode descuidar de que o modelo se baseia no conceito de mutualismo, que vem da área de seguros: um grupo de pessoas se junta, cotiza-se e gera-se uma receita por meio do pagamento individual da mensalidade, sendo o valor total arrecadado usado para pagar as despesas decorrentes do atendimento à saúde de integrantes desse grupo. Como são várias pessoas, os custos se diluem, o preço do plano se reduz, e elas podem ter acesso a serviços que teriam dificuldade de custear individualmente (CESCHIN, Maurício. *A saúde dos planos de saúde*. São Paulo: Schwarcz, 2014, p. 122).

Não se pode também ignorar que o aumento da sinistralidade norteia o aumento das mensalidades do ano seguinte, penalizando indevidamente os demais participantes dos planos individuais e coletivos de saúde (DRESCH, Renato Luís. *As medidas de otimização da judicialização: o Nat-jus e as Câmaras Técnicas*. Revista de

Direito da Saúde Suplementar. São Paulo: Quartier Latin. Ed. n. 1, 2017, p. 122-126).

De fato, cumpre repisar que a normatização afastada pelas instâncias ordinárias não parece ser desarrazoada, mormente a ponto de justificar que se cogite em intervenção judicial interferindo no poder regulador.

Com efeito, o magistrado deve levar em consideração que, assim como o direito, o próprio Judiciário pode afetar de forma clara os custos das atividades econômicas ao não apreciar detidamente todas as razões e os fatos da causa. Muito embora seja certo que há, é claro, uma vinculação de todas as relações contratuais à função social, "não se pode confundir a função social do contrato com a justiça social a ser implementada pelo Estado através de políticas públicas" (TIMM, Luciano Benetti. *O novo direito civil: ensaios sobre o mercado, a reprivatização do direito civil e a privatização do direito público*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p. 113-125).

O menoscabo de "tais aspectos bem como a própria imposição pelos juízos de coberturas que não têm amparo na legislação vigente geram, muitas vezes, externalidades positivas para os consumidores e negativas para as operadoras de planos privados de assistência à saúde, resultando em distorções nos custos dos planos e, principalmente, nos seus cálculos e estudos atuariais, impondo o oferecimento ao mercado de planos mais caros, que acabam restringindo o acesso de muitos consumidores a este mercado" (SILVA, José Luiz Toro da. *Os limites ao poder de regular os planos privados de assistência à saúde*. Revista de Direito da Saúde Suplementar. São Paulo: Quartier Latin. Ed. n. 1, 2017, p. 168).

Nesse ponto, é deveras didática a manifestação do *amicus curiae* Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização - CNSEG salientando que a insegurança jurídica decorrente da inobservância da normatização de regência ocasiona aumento dos preços, redução da concorrência e antisseleção:

5. Diversos são os limites de segurança a serem estabelecidos pelo atuário, profissional formado em ciências atuariais. O principal deles é o prêmio a ser pago pelo segurado.

6. O cálculo do prêmio do seguro é baseado na denominada Equação de Equilíbrio Atuarial, em que o valor presente do prêmio deve ser igual ao valor presente de todos os compromissos futuros da operadora/seguradora, incluindo não somente os sinistros futuros previstos contratualmente, mas, também, todas as despesas incorridas em um contrato de seguro.

7. O cálculo do prêmio pago pelo segurado começa pelo cálculo do chamado Prêmio de Risco, sendo este suficiente somente para a operadora/seguradora arcar com os compromissos relacionados aos sinistros esperados em média no futuro. O Prêmio de Risco é igual à frequência de ocorrência de sinistros multiplicado pelo Custo Médio do sinistro, de modo que tanto a Frequência, quanto o Custo Médio influenciam

diretamente no valor do Prêmio de Risco. Ao Prêmio de Risco é acrescido um carregamento de segurança estatístico, conduzindo ao denominado Prêmio Puro. A aplicação do carregamento de segurança é fundamental para que o segurador saia da faixa de risco de 50% de perda e 50% de ganho, situação em que, pela chamada Teoria da Ruína do Jogador, a ruína da operadora/seguradora no futuro é certa se ele tiver a mesma probabilidade de ganho do segurado. O valor do carregamento de segurança depende fundamentalmente do nível de incerteza na estimativa das indenizações futuras, o qual pode advir da incerteza quanto ao número de sinistros futuros (minimizado pela chamada Lei dos Grandes Números, quando o segurador opera com um número considerável de contratos de seguro) e da incerteza quanto ao valor das indenizações ante os prêmios que serão pagos, incerteza essa que é enorme no seguro saúde em função da judicialização, incluindo o pagamento de sinistros de coberturas não previstas originalmente no contrato.

8. Por último são acrescidos os carregamentos para as despesas gerais, como as despesas administrativas, corretagem, impostos etc., conduzindo ao denominado Prêmio Comercial.

9. Com isso, a fórmula padrão de cálculo do prêmio comercial p , considerando uma Frequência de Sinistros igual a F , um Custo Médio dos Sinistros igual a C , um Carregamento de Segurança igual a α e Carregamento para Despesas Gerais igual a β é a seguinte:

10. No cálculo do prêmio, um aspecto importante é que ele deve evitar a chamada antisseleção. A antisseleção se refere a um processo de mercado no qual informações assimétricas possuídas por compradores ou vendedores geram resultados negativos para uma das partes. Por exemplo, se uma empresa prestadora de serviços cobra o mesmo preço para todos os seus clientes independentemente da quantidade de serviços demandados por seus clientes, ela assume o risco de ficar somente com os clientes que mais demandam serviços, gerando um resultado negativo nas suas operações. Se o preço do serviço for aumentado para fazer face a uma maior utilização por parte dos clientes, existe o risco dos melhores clientes cancelarem o serviço, elevando ainda mais a necessidade de ajuste no preço, gerando uma espiral crescente no preço do serviço, com perda de clientes e sem reverter o resultado negativo.

11. Verifica-se que o nível de incerteza gerado pelo pagamento de valores não previstos no contrato original aumenta inicialmente o valor do prêmio de risco que proporciona o equilíbrio atuarial, por um aumento no custo médio.

Aumenta, também, o carregamento de segurança, o qual é diretamente ligado ao nível de incerteza. As despesas gerais também são aumentadas, por conta de maiores custos com ações judiciais e pelo aumento na frequência de sinistros a serem regulados, de modo que o Prêmio Comercial é altamente afetado, gerando a espiral crescente no preço do seguro por conta da antisseleção, onde somente os clientes menos saudáveis aceitam pagar um prêmio mais elevado.

12. Outro limite de segurança importante a ser estabelecido na operação de seguros é o nível de provisões técnicas para fazer face aos compromissos futuros da operadora/seguradora. Com o aumento nos compromissos futuros gerados por coberturas não previstas originalmente, o nível de provisões técnicas é

naturalmente aumentado.

13. Por último, o atuário precisa estabelecer o nível de capital que os acionistas devem aportar na operadora/seguradora para garantir a sua solvência dentro de um determinado limite de segurança. Não basta a operadora/seguradora constituir as provisões técnicas, as quais cobrem somente as perdas médias esperadas. O capital dos acionistas cobre as possíveis perdas que fujam do padrão esperado, como por exemplo uma epidemia que venha a gerar um número de atendimentos muito superior ao estimado no cálculo do prêmio.

Como, então, a imposição de reembolso de despesas fora da rede credenciada ao plano de saúde afeta as bases técnicas do seguro saúde aqui descritas?

14. Em primeiro lugar, verifica-se que a imposição de pagamentos de reembolso fora da rede credenciada gera o pagamento de valores superiores aos previstos no contrato original, aumentando diretamente o valor do prêmio de risco que proporciona o equilíbrio atuarial, por um aumento no custo médio do sinistro. A precificação do plano de saúde varia sobremaneira com o tipo de rede credenciada e com a opção de livre escolha, refletindo em preços bastante variáveis no mercado em função dessas 2 variáveis, sendo bastante superiores na opção de livre escolha.

15. Outro efeito importante é no carregamento de segurança, o qual é diretamente ligado ao nível de incerteza, que é enorme no seguro saúde em função da judicialização, incluindo o pagamento de valores de sinistros não previstos originalmente no contrato.

16. As despesas gerais também são aumentadas, não somente pelo custo maior de gerenciamento de prestadores não credenciados, como também por conta de maiores custos com ações judiciais, de modo que o Prêmio Comercial é altamente afetado, gerando a espiral crescente no preço do seguro por conta da antisseleção, onde somente os clientes menos saudáveis aceitam pagar um prêmio mais elevado.

17. Pela legislação atual que determina os capitais mínimos a serem constituídos pelas operadoras/seguradoras, o volume de sinistros e prêmios interfere diretamente no nível de capital.

18. Um efeito subjacente do aumento no nível de capital pelo pagamento de sinistros não previstos inicialmente no contrato é o aumento no próprio valor do prêmio, pois o aumento no capital investido pelos acionistas gera o chamado custo de capital, o qual, como qualquer custo, é acrescido ao prêmio pago pelo segurado. Nesse sentido, o excessivo aumento do capital pode tornar o negócio desinteressante para os investidores, diminuindo o nível de concorrência, que por consequência gera mais pressão sobre o aumento dos prêmios com a natural redução de opções de produtos disponíveis no mercado, o que já ocorre hoje no seguro saúde.

Por fim, é mister anotar que, malgrado a autora alegue na inicial que, com o decorrer dos anos, houve deterioração na rede assistencial de seu município, há o instituto da **portabilidade de carências** - que incrementa a salutar concorrência e propicia a migração de plano de saúde -, do qual sempre pode lançar mão o usuário, antes que venha a ficar à mercê, em tratamentos, de rede assistencial que considere insatisfatória para os seus interesses.

Superior Tribunal de Justiça

7. Diante do exposto, dou provimento ao recurso especial para julgar improcedente o pedido formulado na inicial. Inverto os ônus sucumbenciais fixados na origem, observada eventual gratuidade de justiça.

É como voto.

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2019/0234721-8 PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.475 / SP

Número Origem: 10010925820158260361

PAUTA: 11/05/2021

JULGADO: 11/05/2021
SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO BUZZI**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ANTÔNIO CARLOS PESSOA LINS**

Secretária

Dra. **TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADOS : CAMILA BEATRIS ZEFERINO - SP285051
CHRISTIANO LUIZ RODRIGUES VEIGA - SP196630
DENYS CHIPPNIK BALTADUONIS - SP283876
CLICIA DANIELLE SANTOS CALMON GAMA E OUTRO(S) - SP275364

RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) -
SP198559

INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006

INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N DAS I DE A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISÉS DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029

INTERES. : A DE D DOS U S P S DE S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318

INTERES. : C N DAS E DE S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M

INTERES. : F N DE S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605

Superior Tribunal de Justiça

ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B DE M DE G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Após o voto do relator dando provimento ao recurso especial, PEDIU VISTA antecipada o Ministro Marco Buzzi. Aguardam os demais.

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2019/0234721-8 PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.475 / SP

Número Origem: 10010925820158260361

PAUTA: 11/05/2021

JULGADO: 24/08/2021
SEGREGADO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. ELIANE DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA RECENA

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADOS : CAMILA BEATRIS ZEFERINO - SP285051
CHRISTIANO LUIZ RODRIGUES VEIGA - SP196630
DENYS CHIPPNIK BALTADUONIS - SP283876
CLICIA DANIELLE SANTOS CALMON GAMA E OUTRO(S) - SP275364

RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) -
SP198559

INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006

INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N DAS I DE A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISÉS DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029

INTERES. : A DE D DOS U S P S DE S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318

INTERES. : C N DAS E DE S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M

INTERES. : F N DE S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605

Superior Tribunal de Justiça

ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B DE M DE G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Quarta Turma, por unanimidade, acolheu requerimento de prorrogação de prazo de pedido de vista, nos termos da solicitação do Sr. Ministro Marco Buzzi.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.475 - SP (2019/0234721-8)

RELATOR : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**
RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) - SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N D A S I D E A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISES DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A D E D D O S U S P S D E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N D A S E D E S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N D E S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B D E M D E G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

RELATÓRIO

O SR. MINISTRO MARCO BUZZI (Relator):

Cuida-se de recurso especial interposto por operadora de plano de saúde,

Superior Tribunal de Justiça

com fundamento no artigo 105, inciso III, alíneas "a" e "c" da Constituição Federal, em desafio a acórdão proferido em apelação cível pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, assim ementado:

INTERESSE PROCESSUAL - Contrato - Prestação de serviços - Plano de saúde - Alegada ausência de negativa de cobertura do tratamento, na rede referenciada - Inexistência de atendimento na área de abrangência contratada - Interesse de agir Configuração Necessidade de a autora pleitear, judicialmente, que a seguradora lhe garanta a cobertura contratada - Preliminar rejeitada Recurso improvido.

JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE - Existência de prova suficiente para a formação da convicção do juiz - Não caracterização de cerceamento de defesa, ainda que haja pedido expresso de dilação probatória Preliminar rejeitada - Recurso improvido.

CONTRATO Prestação de serviços Plano de saúde - Pretensão da seguradora em realizar a terapia na cidade que faz parte da área de abrangência da seguradora e onde não há atendimento médico-hospitalar - Acolhimento - Cobertura da terapia - Obrigatoriedade - Inteligência do art. 4º da Resolução Normativa 259 da ANS - Sujeição dos gastos, realizados com médicos particulares, a reembolso - Hipótese de descabimento Recurso improvido.

Na origem, a autora propôs ação de obrigação de fazer objetivando a condenação da ré a garantir-lhe atendimento médico nos termos do plano contratado e nos limites do Município de Mogi das Cruzes/SP, bem como sua condenação ao reembolso integral por custos na realização de tratamentos cobertos.

O pedido foi julgado procedente para *“condenar a ré ao ressarcimento dos valores apontados nos documentos de folhas 289, 367 e 368, tendo já realizado o depósito nos autos em relação a estes valores; para condenar a ré ao ressarcimento dos valores despendidos pela autora e comprovados por meio dos documentos de folhas 98, 99 e 101, corrigidos monetariamente desde o desembolso e contando juros de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação da ré; e para condenar a ré na obrigação de garantir à autora o atendimento no município de Mogi das Cruzes, para qualquer necessidade que esteja abrangida pela cobertura do plano de saúde contratado (e desde que haja profissionais disponíveis neste município, ainda que não credenciados), nos termos da fundamentação acima”*.

A operadora interpôs apelação que restou improvida nos termos do acórdão acima ementado.

Irresignada, a empresa opôs embargos de declaração, rejeitados, bem como recurso especial por afronta aos artigos 1022, II, c/c artigos 130, 369, 370 e 373, I, do

Superior Tribunal de Justiça

CPC/2015, artigo 10, I e artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/98, artigos 188, I, 421, 757 e 884 do CC, artigo 54, §§ 3º e 4º do CDC.

Inadmitido o reclamo na origem adveio agravo (art. 1042 do NCPC) objetivando destrancar a insurgência ao qual o e. relator Ministro Luis Felipe Salomão deu provimento para converter o feito em recurso especial.

Após diversas manifestações de *amici curiae*, o relator Ministro Luis Felipe Salomão, em seu judicioso voto, dá provimento ao recurso especial para julgar improcedente o pedido formulado na inicial, invertendo os ônus sucumbenciais fixados na origem, observada eventual gratuidade de justiça.

Elenca como fundamentos:

i) a inobservância da rede credenciada ao plano de saúde, ainda que limitado o reembolso à tabela, ensejaria desequilíbrio atuarial, pois: **a)** ocasiona desestruturação administrativa aos planos de saúde, aumento de custos e reflexamente encarecimento dos planos existentes e oferecimento de planos de saúde mais caros ao mercado; **b)** é incompatível com a liberdade contratual impor que o plano de saúde mantenha, por via reflexa, relação com prestadores de serviços não credenciados, eventualmente até mesmo previamente descredenciados; **c)** é inviável ao plano de saúde fazer o mesmo controle acerca da higidez das despesas, em caso de atendimento por prestador de serviços fora da rede credenciada; **d)** o consumidor não tem a mesma expertise da operadora do plano de saúde para aferir a efetivação dos procedimentos e do uso dos materiais cobrados por prestadores de serviços fora da rede credenciada; **e)** em vista de ser direito da operadora do plano de saúde submeter procedimentos solicitados a seu médico auditor, causa sérios embaraços conciliar essa atuação com atendimentos eletivos, realizados por médicos não credenciados; **f)** é solução que não permite a viabilização econômica para formação ou manutenção de cooperativa de médicos ou dentistas tendo por objeto o oferecimento de plano de saúde;

ii) "a Segunda Seção, por ocasião do julgamento dos EAREsp 1.459.849/ES, em julgamento realizado em 14/10/2020, pacificou, no âmbito do STJ, à luz do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, 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";

iii) "o art. 32 da Lei n. 9.656/1998, assim como o art. 12, VI, são disposições

claramente estabelecidas para situações de exceção, bem peculiares, não se podendo fazer da exceção a regra", motivo pelo qual "jamais poderá o juiz, a pretexto de interpretar, esvair a essência da regra legal, ressaltando que as disposições excepcionais são estabelecidas por motivos ou considerações particulares";

iv) "malgrado a autora alegue na inicial que, com o decorrer dos anos, houve deterioração na rede assistencial de seu Município, há o instituto da portabilidade de carências - que incrementa a salutar concorrência e propicia a migração de plano de saúde -, do qual sempre podem lançar mão o usuário, antes que venham a ficar à mercê, em tratamentos, de rede assistencial que reputam insatisfatória para os seus interesses".

Em razão da relevância da matéria, notadamente da modificação jurisprudencial recente estabelecida no âmbito da Terceira Turma, que no bojo do Resp nº 1.575.764/SP passou a compreender viável o reembolso ao usuário das despesas médico-hospitalares realizadas fora da rede credenciada, ainda que não tenha o atendimento sido em situação de emergência ou urgência, pedi vista dos autos para melhor exame da controvérsia.

No voto apresentado, divergiu-se do e. Ministro Luis Felipe Salomão para dar parcial provimento ao recurso especial da operadora de plano de saúde e, em menor extensão, reformar em parte o acórdão e sentença a fim de limitar que eventuais reembolsos à autora fossem realizados pelo preço de tabela conforme contrato estabelecido entre as partes se os valores despendidos não tiverem sido decorrentes de descumprimento pela operadora de conceder traslado e demais benefícios.

Seguiu-se voto vista da e. Ministra Isabel Gallotti, no qual Sua Excelência, também diverge do e. relator e dá parcial provimento ao recurso especial, porém, em menor extensão ao que apresentado pela divergência inaugurada, para estabelecer que o prazo de reembolso na hipótese de descumprimento da obrigação de assegurar o tratamento médico no município seja o previsto no ato normativo da ANS, que atualmente é de 30 dias.

Prosseguindo o julgamento, após o voto-vista da Ministra Maria Isabel Gallotti, dando parcial provimento ao recurso especial, com o qual anuiu o Ministro Marco Buzzi, e o voto do ministro Antonio Carlos Ferreirta, acompanhando no mesmo sentido, a Turma, por maioria, deu parcial provimento ao recurso especial nos termos dos votos divergentes dos Ministros Marco Buzzi e Maria Isabel Gallotti, vencido o relator, ficando estabelecido a lavratura do acórdão pelo Ministro Marco Buzzi.

Superior Tribunal de Justiça

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.475 - SP (2019/0234721-8)

EMENTA

RECURSO ESPECIAL - PLANO DE SAÚDE - INDISPONIBILIDADE DE PRESTADOR DE SERVIÇO CREDENCIADO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA - OPERADORA QUE DESCUMPRE O DEVER DE GARANTIR O ATENDIMENTO NO MESMO MUNICÍPIO, AINDA QUE POR PRESTADOR NÃO INTEGRANTE DA REDE ASSISTENCIAL - INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS QUE ESTABELECEM O DEVER DE REEMBOLSO INTEGRAL, PORÉM NO PRAZO DE 72 HORAS.

Hipótese: Controvérsia afeta à possibilidade de considerar cumprida a obrigação do plano de garantir acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos para atendimento das coberturas, na hipótese de indisponibilidade de prestador de serviço credenciado no município de abrangência do plano, quando existir nosocômio credenciado em município limítrofe.

1. Nos termos da Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS, em caso de indisponibilidade de prestador credenciado 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 o atendimento, preferencialmente, no âmbito do mesmo município, ainda que por prestador não integrante da rede assistencial da operadora do plano de saúde, cujo pagamento se dará mediante acordo entre as partes (operadora do plano e prestador).

1.1 Somente em caso de inexistência de prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município é que será devido o atendimento em município limítrofe.

2. No caso, deixou a operadora de indicar profissional/nosocômio apto a proceder ao atendimento da autora no mesmo município de abrangência, bem como não autorizou o tratamento da demandante em prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município, de modo que abusiva a negativa de custeio.

2.1 Seja em razão da primazia do atendimento no município pertencente à área geográfica de abrangência, ainda que por prestador não integrante da rede credenciada, seja em virtude da não indicação pela operadora de prestador junto ao qual tenha firmado acordo, bem como diante da impossibilidade de a parte autora se locomover a município limítrofe, afigura-se devido o reembolso integral das despesas realizadas, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, conforme previsão expressa do artigo 9º da RN nº 259/11 da ANS.

3. Recurso especial provido, em parte, apenas para estabelecer o prazo de reembolso em 30 dias.

VOTO

O SR. MINISTRO MARCO BUZZI (Relator):

O recurso especial é de ser provido, em parte, mantendo a determinação das instâncias ordinárias quanto ao dever de reembolsar as despesas médico-hospitalares realizadas pela autora fora da rede credenciada, **porém no prazo de 30 dias.**

1. Preliminarmente, no tocante às alegações de ofensa ao artigo 1.022, II, do CPC, por aventada omissão e contradição quanto à obrigatoriedade de custeio em rede não credenciada, inviável o acolhimento da negativa de prestação jurisdicional, dado que os argumentos do recorrente foram expressamente afastados pelo Tribunal de origem, de modo que não configura omissão ou negativa de prestação jurisdicional o fato de o acórdão ter sido proferido em sentido contrário ao desejado pela parte insurgente.

2. Igualmente, não merece prosperar a tese de suposta contrariedade aos artigos 369, 370 e 373, I, do CPC, segundo o qual o julgamento antecipado da lide teria implicado cerceamento de defesa da ora recorrente.

O julgador é o destinatário das provas, cabendo a ele decidir de forma soberana a formar seu convencimento.

No caso, observa-se que o Tribunal de origem consignou expressamente que estavam presentes “*elementos suficientes para a formação da convicção do juízo do feito*” (fl. 468), de modo que o acolhimento das razões do especial esbarraria no óbice contido na Súmula nº 7, desta Corte.

Ademais, as provas testemunhal e pericial requeridas para averiguar “*tecnicamente a extensão da patologia que a acomete, a ponto de não lhe ser possível o deslocamento de alguns quilômetros*” (fl. 546) não se prestam para solucionar o cerne da controvérsia, qual seja, a inexistência de prestador credenciado ou indicado pela operadora no município demandado, fatos esses que podem ser demonstrados exclusivamente por prova documental.

3. A respeito da suscitada negativa de vigência ao artigo 10, I, da Lei nº 9.656/98, referente a tratamento experimental, salienta-se que, além de não ter sido objeto de prequestionamento, o que atrai o óbice contido na Súmula nº 211/STJ, é matéria estranha à debatida nos autos, de modo que igualmente incide a Súmula nº 284, do Supremo Tribunal Federal, visto que a deficiência na fundamentação do recurso

não permitiu a exata compreensão da controvérsia.

4. No mérito, são duas as questões controvertidas:

a) A primeira consiste em definir se, em não havendo nosocômio credenciado no Município do beneficiário de Plano de Saúde, é possível impor o custeio integral do tratamento, sem caráter de urgência ou emergência, em outro estabelecimento unilateralmente escolhido pelo consumidor.

b) "A segunda questão a ser solucionada está em saber se, em não havendo prestador da rede credenciada ao Plano de Saúde para o tratamento necessário do usuário, se é possível admitir-se como suprida a obrigação contratual, com a existência de prestador de serviços em Município limítrofe, ou se é possível o consumidor escolher um de sua unilateral escolha, vindicando a imposição de reembolso integral das despesas".

Compreende-se, de início, que o segundo item consiste em mero desdobramento do primeiro, porquanto a premissa de ambos é a ausência de disponibilidade de rede credenciada no município do beneficiário do plano.

Em princípio, até poderia parecer significativa a preocupação em estabelecer tese jurídica para tal questão tomando como base que os municípios limítrofes mencionados no caso em concreto (Mogi das Cruzes, Santo André e São Paulo) estão distantes entre si alguns poucos quilômetros, dada a limitada extensão nos territórios municipais.

Porém, no âmbito desta Corte Superior, à qual compete estabelecer a interpretação da lei federal aplicável para toda a população brasileira, esteja ela em qualquer região territorial do país, é imprescindível que a visão seja ampla, considerando, nesse aspecto, a relação das áreas territoriais totais de todos os 5570 municípios do Brasil segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Efetivamente, quando averiguada a temática sob o foco da imensurável discrepância entre as áreas territoriais dos municípios brasileiros e, por óbvio, das significativas características geográficas existentes, verifica-se que eventual fixação de tese com olhos voltados para municípios limítrofes de curta extensão geográfica possivelmente ensejaria um desbalanceamento na interpretação da lei e conseqüentemente, a imposição de eventual ônus demasiado ao consumidor hipossuficiente, notadamente quando a própria estrutura normativa infralegal da ANS estabelece a obrigatoriedade de cobertura e impõe deveres ínsitos à operadora de saúde.

Superior Tribunal de Justiça

Apenas a título elucidativo, o maior município do país é o de Altamira no Pará e ocupa uma área de 159 533,328 em km², ao passo que o menor município do Brasil, Santa Cruz de Minas, localizado no Estado de Minas Gerais, tem uma extensão territorial de apenas 3,565 km², a denotar que eventual ausência de rede credenciada por operadora de plano de saúde tomando como base esses municípios absolutamente distintos ensejaria que para um o beneficiário promova um deslocamento mínimo ao passo que para outro o deslocamento seria absolutamente desproporcional para o tratamento de enfermidade coberta pelo plano, principalmente quando na municipalidade existirem outros prestadores de serviço embora não credenciados.

Foi exatamente sob esse aspecto que as instâncias ordinárias consideraram a procedência do pedido da autora - regado pela especificidade atinente à inviabilidade de deslocamentos longos diante da síndrome psicológica que acomete a demandante em razão de acidente automobilístico ocorrido no passado - e, conseqüentemente, abusivo o comportamento da ré em não garantir o atendimento para doença coberta no município de Mogi das Cruzes.

Confira-se, por oportuno, o seguinte trecho da sentença:

Ou seja, a possibilidade de a ré oferecer um prestador de serviços à autora no Município de São Paulo (desde que ofereça também o transporte), somente existiria caso não houvesse prestadores disponíveis em Mogi das Cruzes (ainda que não integrantes da rede assistencial) - o que os elementos dos autos demonstram não ser verdadeiro.

Não pode, portanto, a ré se utilizar da faculdade do artigo 4º, § 2º, da Resolução Normativa 259/2011, da ANS.

Outrossim, não se pode descuidar da especificidade do caso da autora, que demonstrou nos autos deter dificuldades sérias em relação a longos deslocamentos de automóvel.

Dessa forma, mesmo em sendo possível, nos termos da resolução acima indicada, a prestação dos serviços em municípios limítrofes, deve a ré garantir à autora o tratamento nos limites deste município de Mogi das Cruzes, o que consiste na primeira opção prevista na norma em análise para solução da situação.

Ressalte-se que a autora está filiada ao plano de saúde da ré há diversos anos e, quando da contratação, contava com razoável rede de atendimento nesta comarca. Não é aceitável que a ré simplesmente interrompa o entendimento neste município (que, anote-se, é o maior da sua região) e determine aos seus clientes que passem a realizar verdadeiras viagens para conseguirem atendimento.

O município de Santo André (único município limítrofe a Mogi das Cruzes onde, em tese, a autora poderia ser atendida, nos termos da relação juntada pela ré à folha 286) dista 76km (setenta e seis quilômetros) de Mogi das Cruzes!

Conclui-se, dessa forma, que a ré deve garantir à autora o atendimento dentro deste município.

Corolário da conclusão acima apontada, uma vez demonstrado que a ré não cumpriu com essa obrigação de garantir o atendimento no município de Mogi das Cruzes, deverá ser condenada ao ressarcimento dos valores comprovadamente gastos pela autora para conseguir atendimento nesta localidade.

O ressarcimento deve ser realizado de forma integral, e não com as limitações de reembolso previstas no regulamento do plano de saúde, tendo em vista que não se trata de opção da autora realizar o tratamento fora da rede autorizada, mas efetivo inadimplemento da ré em relação às suas obrigações.

Note-se que a ré não controverteu nos autos o fato de que as consultas e exames realizados pela autora estariam abrangidos pela cobertura do plano.

(...)

Deve, por fim, a ré ser condenada na obrigação de garantir à autora atendimento no município de Mogi das Cruzes, para qualquer necessidade que esteja abrangida pela cobertura do plano de saúde contratado (e desde que haja profissionais disponíveis neste município, ainda que não credenciados).

Desde que não haja profissionais credenciados pela ré neste município, poderá a autora realizar os procedimentos (incluindo-se consultas, exames e tudo o que constar da cobertura contratual) e requerer o reembolso integral dos valores despendidos à ré, que deverá realizar o pagamento no prazo de 72 (setenta e duas) horas diretamente à autora, sob pena de multa no mesmo valor do ressarcimento requerido pela autora.

Ademais, segundo a Corte local, a ré não controverteu o fato afirmado pela autora, na sua inicial, de que não havia qualquer prestador de serviço credenciado junto ao município de abrangência que atendesse e realizasse o tratamento da enfermidade da demandante, muito embora quando do início da contratação houvesse, ao menos, dois hospitais credenciados.

Confira-se, por oportuno o seguinte trecho do acórdão recorrido:

A apelante recusa-se a garantir à apelada atendimento médico, no Município de Mogi das Cruzes - região que consta da sua área de abrangência -, alegando que ofereceu atendimento na sua rede credenciada, o qual seria apto a satisfazer as necessidades médicas da apelada. Esta, por sua vez, sustenta que, quando firmou contrato com a apelante, havia rede médica e hospitalar credenciada na referida cidade, o que supria suas necessidades, e que, além de contar com mais de 60 (sessenta) anos, está em tratamento de doença grave (câncer).

A apelante afirma que a cidade de Mogi das Cruzes faz parte da sua rede referenciada, conforme cláusula 3.1 do instrumento.

Por sua vez, a apelada trouxe documento extraído do site da apelante,

Superior Tribunal de Justiça

no qual não consta estabelecimento médico - hospitalar para que seja a terapia seja realizada no referido município (fls.90 e ss).

Havendo previsão contratual de atendimento em determinada região ou município, espera-se que o segurado encontre amparo no local que constou do contrato, o que não é o caso dos autos.

A situação agrava-se ainda mais diante da descabida pretensão de se impor àquele que se encontra em situação de enfermidade, qualquer que seja ela, a necessidade de deslocamento de um município para outro, para que seja possível realizar o tratamento.

Assim, tendo havido no curso da contratação do plano de saúde a indisponibilidade de rede credenciada no município de abrangência, aplicável a Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS que trata sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

Nos termos do artigo 2º, *caput*, de tal normativo, "a operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, **no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto**".

É incontroverso dos autos que o município de residência da autora é integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Consoante estabelecem os artigos 4º e 5º da Resolução Normativa 259/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar ("ANS"), com redação dada pela Resolução Normativa 268/2011, na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial no município que pertença à área geográfica de abrangência ou de inexistência de prestador de serviço no município, a operadora **deverá** garantir, no primeiro caso, preferencialmente, o atendimento em "prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município" ou "prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este" e, no segundo, o atendimento por "prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este" ou "prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município", considerando-se região de saúde "o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde".

Art. 4º Na hipótese de 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, a operadora deverá garantir o atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, 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. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

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: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 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. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Superior Tribunal de Justiça

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Conforme se depreende dos dispositivos acima referidos, em caso de indisponibilidade, o atendimento no mesmo município é preferencial, **ainda que por prestador não integrante da rede assistencial da operadora do plano de saúde**.

Somente em caso de inexistência de prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município é que será devido o atendimento em município limítrofe.

O parágrafo 1º dispõe, ainda, que, “no caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes”.

Na hipótese, a parte recorrente deveria ter autorizado o tratamento da autora junto a prestador de serviço de saúde não integrante da rede assistencial no mesmo município, de modo que abusiva a negativa de custeio.

Ademais, competia à operadora de saúde ter realizado a indicação de prestador não credenciado para o atendimento da beneficiária no município de abrangência, sendo certo que o pagamento se daria "mediante acordo entre as partes", ou seja, entre a operadora e o prestador do serviço.

Ressalte-se, que, nessas hipóteses, a operadora tem a obrigação, ainda, de custear o transporte do beneficiário (ida e volta) e se, por qualquer motivo, descumprir a garantia de atendimento incidirá o disposto no artigo 9º que prevê reembolso integral, nos seguintes termos:

Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora **deverá reembolsá-lo integralmente** no prazo de até 30 (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.

Superior Tribunal de Justiça

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de co-participação, 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**.

Tendo descumprido a obrigação de indicação de prestador não integrante da rede assistencial, conforme dispõe o artigo 9º da RN nº 259/11 da ANS “caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, **a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias**, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte”:

Nesse contexto, não sendo o plano da autora de livre escolha de prestadores e existindo prestador de serviço não credenciado no município da autora, impositivo o reembolso integral das despesas realizadas, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso.

Inegavelmente, somente na hipótese de inexistência de prestador no município pertencente à área geográfica de abrangência ou à área de atuação é que será cabível o atendimento em, sucessivamente, 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 da qual faz parte o município.

É o que se depreende da leitura dos artigos 4º, § 2º, 5º, *caput* e §§, e 6º da RN nº 259/11 da ANS, que estabelecem, sucessivamente, a necessidade de garantir a assistência médica i) no município demandado pertencente à área geográfica de abrangência, ainda que não seja integrante da rede assistencial; ii) no município limítrofe, com prestador integrante ou não da rede assistencial; iii) no município da região de saúde, com prestador integrante ou não da rede assistencial; ou iv) mediante transporte a um prestador apto a realizar o atendimento, com retorno à origem, em caso 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 da qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto.

Dessa forma, no caso, seja em razão da primazia do atendimento no município pertencente à área geográfica de abrangência, ainda que por prestador não integrante da rede credenciada, seja em virtude da não indicação pela operadora de prestador junto ao qual tenha firmado acordo, bem como diante da particularidade

Superior Tribunal de Justiça

inerente à parte autora de se locomover a município limítrofe (cuja conclusão, conseqüentemente, aplica-se ao Município de São Paulo, não limítrofe e ainda mais distante), afigura-se devido o reembolso integral das despesas realizadas, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, conforme previsão expressa do artigo 9º da RN nº 259/11 da ANS.

A solução proposta é vinculada às premissas e circunstâncias estabelecidas pelas instâncias de origem

Não há impedimento, contudo, para que a situação se altere, em razão de credenciamento de prestador habilitado ao tratamento da parte autora ou indicação de prestador não pertencente à rede assistencial, que a operadora prefira em vez daquele já utilizado pela parte recorrida, visto que não se trata de garantir o atendimento em prestador conforme sua exclusiva conveniência, mas sim de atendimento satisfatório em seu município, nos estritos termos da Lei nº 9.656/98 e da RN nº 259/11 da ANS.

5. Diante do exposto, dou parcial provimento ao recurso especial para, em menor extensão, reformar em parte o acórdão e sentença a fim de estabelecer, apenas, que o prazo de reembolso integral, na hipótese de descumprimento da obrigação de assegurar o atendimento médico no município, seja o previsto no ato normativo da ANS, o qual, atualmente estabelece ser de 30 (trinta) dias.

Diante da mínima modificação, ficam mantidos os ônus sucumbenciais conforme fixados na origem.

É como voto.

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2019/0234721-8 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.475 / SP**

Número Origem: 10010925820158260361

PAUTA: 28/09/2021

JULGADO: 28/09/2021
SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO BUZZI**

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. **SOLANGE MENDES DE SOUZA**

Secretária

Dra. **TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) -
SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N DAS I DE A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISÉS DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A DE D DOS U S P S DE S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N DAS E DE S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N DE S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"

Superior Tribunal de Justiça

ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B DE M DE G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Após o voto-vista do Ministro Marco Buzzi dando parcial provimento ao recurso especial, divergindo em parte do relator, PEDIU VISTA regimental o relator. Aguardam os demais.

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2019/0234721-8 PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.475 / SP

Número Origem: 10010925820158260361

PAUTA: 28/09/2021

JULGADO: 07/12/2021
SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. ANTÔNIO CARLOS PESSOA LINS

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) -
SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N DAS I DE A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISÉS DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A DE D DOS U S P S DE S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N DAS E DE S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N DE S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"

Superior Tribunal de Justiça

ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B DE M DE G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Quarta Turma, por unanimidade, acolheu requerimento de prorrogação de prazo de pedido de vista, nos termos da solicitação do Sr. Ministro Luis Felipe Salomão (pedido de vista regimental).

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2019/0234721-8 PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.475 / SP

Número Origem: 10010925820158260361

PAUTA: 05/04/2022

JULGADO: 05/04/2022
SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. ANTÔNIO CARLOS PESSOA LINS

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) - SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N DAS I DE A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISÉS DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A DE D DOS U S P S DE S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N DAS E DE S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N DE S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"

Superior Tribunal de Justiça

ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B DE M DE G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Adiado o julgamento para a próxima sessão (26/4/2022), por indicação do Sr. Ministro Relator.

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2019/0234721-8 PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.475 / SP

Número Origem: 10010925820158260361

PAUTA: 05/04/2022

JULGADO: 26/04/2022
SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. ANTÔNIO CARLOS SIMÕES MARTINS SOARES

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) -
SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N DAS I DE A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISÉS DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A DE D DOS U S P S DE S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N DAS E DE S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N DE S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"

Superior Tribunal de Justiça

ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B DE M DE G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Adiado o julgamento para a próxima sessão (3/5/2022, às 9h), por indicação do Sr. Ministro Relator.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.475 - SP (2019/0234721-8)

RELATOR : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**
RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) - SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N D A S I D E A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISÉS DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A D E D D O S U S P S D E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N D A S E D E S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N D E S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B D E M D E G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

RATIFICAÇÃO DE VOTO

O SENHOR MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO:

1. Na sessão de julgamento anterior, apresentei voto dando provimento ao recurso especial para julgar improcedente o pedido formulado na inicial, em observância à normatização legal e infralegal de regência.

Naquela ocasião, aduzi que a principal questão controvertida consiste em saber se, em não havendo clínica credenciada no município do beneficiário de plano de saúde, é

possível o custeio integral do tratamento, sem caráter de urgência ou emergência, em outro estabelecimento unilateralmente escolhido pela consumidora.

O eminente Ministro Marco Buzzi, em seu voto-vista, divergiu do voto apresentado por este relator, para dar parcial provimento ao recurso especial da operadora do plano de saúde em menor extensão, mantendo a determinação das instâncias ordinárias quanto ao dever de reembolsar as despesas médico-hospitalares realizadas pela autora fora da rede credenciada, porém pelo preço de tabela, resumidamente aduzindo os seguintes entendimentos: a) em princípio, com base nos arts. 4º e 5º da Resolução Normativa ANS, até poderia parecer significativa a preocupação por estabelecer tese jurídica tomando como base que os municípios limítrofes estão distantes entre si alguns poucos quilômetros; todavia, "no âmbito desta Corte Superior, a qual compete estabelecer a interpretação da lei federal aplicável para toda a população brasileira, esteja ela em qualquer região territorial do país, é imprescindível que a visão seja ampla, considerando, nesse aspecto, a relação de áreas territoriais totais de todos os 5.570 municípios do Brasil"; b) "eventual fixação de tese com olhos voltados para municípios limítrofes de curta extensão geográfica possivelmente ensejaria um desbalanceamento na interpretação da lei e, conseqüentemente, a imposição de eventual ônus demasiado ao consumidor hipossuficiente"; c) há municípios com áreas díspares, a denotar que eventual ausência de rede credenciada por conta de operadora de plano de saúde, tomando por base o de maior e o de menor área, ensejaria que para um o beneficiário promoveria um deslocamento mínimo ao passo que para outro o deslocamento seria absolutamente desproporcional, "principalmente quando na municipalidade existirem outros prestadores de serviço, embora não credenciados"; d) as instâncias ordinárias consideraram abusivo o comportamento da ré de não garantir o atendimento para doença coberta no município de sua residência; e) "hipoteticamente, acaso tivesse sido atendida na rede pública, tendo um contrato de plano de saúde que cobre o tratamento da enfermidade, é inegável que a operadora do plano de saúde poderia ser acionada pelo Estado a ressarcir integralmente os custos operacionais", consoante prevê o art. 32 da Lei n. 9.656/1998; f) a Terceira Turma, no precedente invocado no voto do relator, remodelou a compreensão acerca do tema; g) "estabelece-se como norte hermenêutico para a interpretação da lei a inegável incidência do diploma consumerista às relações mantidas entre beneficiário/usuário e operadora de plano de saúde (art. 35-G da lei n. 9.656/1998), salvo aquelas de autogestão, que não é o caso dos autos"; h) não é razoável que o reembolso das despesas realizadas pelo usuário somente possa se dar em caso de urgência ou emergência, haja vista que, se o tratamento da enfermidade é coberto pelo contrato mantido com a operadora, acaso houvesse profissionais e clínicas no limite geográfico da municipalidade, estaria o plano obrigado a suportar, ao menos, a cobertura consoante contratado; i) com base na assertiva de que o tratamento da doença é coberto, abrem-se ao usuário três possibilidades distintas

com consequência bem definidas: I) fazer uso do SUS, oportunidade na qual o Estado demandará a operadora para o reembolso integral; II) deslocar-se para município ou área geográfica limítrofe e ser atendido por profissional ou clínica conveniada, tendo direito a traslado (ida e volta), nos termos da resolução de regência, e, em caso de descumprimento por parte da operadora (de fornecimento do traslado), terá o direito de ser reembolsado integralmente nos termos do art. 9º da Resolução; III) utilizar-se de profissionais ou estabelecimentos não conveniados/referendados pelo plano, seja no âmbito da extensão geográfica, seja fora dela, ficando o ressarcimento limitado ao valor de tabela do plano contratado; j) a inobservância à rede credenciada não ocasiona desequilíbrio atuarial por ser limitado ao valor de tabela, podendo o usuário se utilizar de profissional ou hospital de referência, que muitas vezes requerem altas somas pelo trabalho desempenhado; k) a solução que propõe não viola as competências do Legislativo e da ANS, pois a precificação dos serviços já está desde o início da contratualidade previamente estabelecida.

Pedi vista regimentalmente para melhor refletir sobre os argumentos.

2. Nada obstante os doutos fundamentos apresentados no voto divergente, sempre com a erudição de seu prolator, mantenho a posição inicial de provimento do recurso, inclusive por ser questão já pacificada pela Segunda Seção.

3. NECESSIDADE DE OBSERVÂNCIA DA LEI ESPECIAL DE REGÊNCIA E DO PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO

De fato, correndo o risco de repetição, relembro que o art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998 assim dispõe:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

[...]

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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Os arts. 4º e 5º da Resolução ANS n. 259/2001 estabelecem:

Art. 4º Na hipótese de 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, a operadora deverá garantir o atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, 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. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

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: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 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. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Dessa maneira, *data maxima venia*, penso que é inviável o entendimento de que o CDC, de forma insulada, "estabelece-se como norte hermenêutico para a interpretação da lei", isto é, de forma alheia às normas específicas inerentes à relação contratual, em contrariedade ao que estabelece o art. 35-G da Lei dos Planos e Seguros de Saúde, já que, segundo entendo, o mencionado art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998 só poderia ser afastado mediante descabida declaração de inconstitucionalidade, feita pela Corte Especial.

Superior Tribunal de Justiça

Ademais, cumpre observar, tendo em vista os fundamentos já expostos no voto antes apresentado, que não considero que a disposição especial testilhe com o CDC, mas, ainda que assim não fosse, como regra basilar de hermenêutica, no confronto entre as regras específicas e as demais do ordenamento jurídico, deve prevalecer a regra excepcional.

Conforme a consagrada doutrina de Carlos Maximiliano, jamais poderá o juiz, a pretexto de interpretar, esvair a essência da regra legal ou substituí-la (MAXIMILIANO, Carlos. *Hermenêutica e aplicação do direito*. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2011, p. 69).

Essa é também a doutrina de Claudia Lima Marques ao assentar que, como o CDC não regula contratos específicos, em casos de incompatibilidade há clara prevalência da lei especial nova pelos critérios de especialidade e cronologia (MARQUES, Claudia Lima. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor*. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998, p. 247).

Nesse seguimento, como bem observado pelo Ministro Ruy Rosado de Aguiar no REsp n. 80.036/SP, o Código de Defesa do Consumidor traça regras que presidem a situação específica do consumo e define princípios gerais orientadores do direito das obrigações; todavia, "[é] certo que, **no que lhe for específico**, o contrato" continua regido pela lei que lhe é própria (REsp n. 80.036/SP, Rel. Min. Ruy Rosado de Aguiar, QUARTA TURMA, julgado em 12/2/1996, DJ 25/3/1996, p. 8.586).

Ademais, e não menos relevante, a Segunda Seção já pacificou que "as normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei nº 9.656/1998. **De qualquer maneira, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova**" (EAREsp n. 988.070/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 8/11/2018, DJe de 14/11/2018).

Vem bem a calhar o entendimento bem recentemente perfilhado pela Terceira Turma (REsp n. 1.846.502/DF, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 20/4/2021, DJe de 26/4/2021):

Ressalta-se que a exploração da assistência à saúde pela iniciativa privada também possui raiz constitucional (arts. 197 e 199, *caput* e § 1º, da CF), merecendo proteção não só o consumidor, mas também a livre iniciativa e o livre exercício da atividade econômica (arts. 1º, IV, 170, IV e parágrafo único, e 174 da CF), como se colhe da seguinte lição:

[...]

Desse modo, devem ser sopesados tanto os direitos do consumidor quanto os das empresas, não havendo superioridade de uns sobre os outros.

[...]

Assim, inclusive conforme prevê o art. 35-G da Lei nº 9.656/1998, a

legislação consumerista incide subsidiariamente nos planos de saúde. Logo, esses dois instrumentos normativos devem ser aplicados de forma harmônica nesses contratos relacionais, mesmo porque lidam com bens sensíveis, como a manutenção da vida, ou seja, visam ajudar o usuário a suportar riscos futuros envolvendo a sua higidez física e mental, assegurando o devido tratamento médico.

No entanto, **cumprе frisar que concatenação normativa não significa hierarquização ou supremacia da legislação consumerista sobre a Lei de Planos de Saúde, até porque, em casos de incompatibilidade de dispositivos legais de igual nível, devem ser observados os critérios de superação de antinomias referentes à especialidade e à cronologia.**

Nesse sentido, cumpre transcrever as seguintes ponderações de Guilherme Valdetaro Mathias:

"(...)

Embora não se aplique à totalidade das hipóteses, o Código de Defesa do Consumidor incidirá subsidiariamente na maioria dos contratos de plano de saúde, tal qual determina o art. 35-G da Lei 9.656/1998.

É fundamental, contudo, destacar que a aplicação do Código de Defesa do Consumidor é, por determinação expressa da lei, supletiva. Incidiria, portanto, para preencher as lacunas da Lei 9.656/1998, regulando relevantes questões que não foram cuidadas por aquela norma jurídica. A aplicação supletiva do Código de Defesa do Consumidor também deriva da conveniência de se evitarem antinomias, buscando a coerência legislativa, que, como ensina BOBBIO, 'não é condição de validade, mas é sempre condição para justiça do ordenamento'.

(...)

O Código de Defesa do Consumidor, em todas as questões acima aludidas e em outras de igual relevância, constitui, como a experiência dos tribunais comprova, elemento fundamental para a solução de litígios entre usuários operadoras de planos de saúde."

(MATHIAS, Guilherme Valdetaro. O código civil e o código do consumidor na saúde suplementar. *In*: CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (org.).

Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012, págs. 114-116 - grifou-se)

Como também se abordou no voto antes apresentado, o entendimento perfilhado por apertada maioria da colenda Terceira Turma (três votos) no REsp n. 1.575.764/SP, da relatoria da eminente Ministra Nancy Andrighi, ficou superado devido à pacificação do tema pela Segunda Seção, por ocasião do julgamento dos EAREsp n. 1.459.849/ES, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, assim ementado:

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.

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.)

Outrossim, é bem de ver que, no âmbito da Quarta Turma, em recente julgamento, ainda pendente de publicação (AgInt no REsp n. 1.933.552/ES, relator Ministro Luis Felipe Salomão, relator para o acórdão Ministro Marco Buzzi, julgado em 15/3/2022), conquanto, por questão bem peculiar, eu tenha ficado vencido, deliberou-se que seria ressalvado o entendimento da Segunda Seção, admitindo-se, apenas pelas peculiaridades do caso, o reembolso.

Com efeito, embora respeitando o entendimento contrário representado pelo superado julgado da Terceira Turma, renovadas as vênias, penso que, sob pena de se criar insegurança jurídica e violação do princípio da tripartição dos poderes, não cabe ao Judiciário, com o propósito de interpretar a norma, mediante engenhosa construção ocasionar hipótese de reembolso não contemplada pela lei.

4. O LEGISLATIVO E A ANS É QUE SÃO APARELHADOS E LEGITIMADOS PARA A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.

Konrad Hesse observa que, ordinariamente, é o legislador democrático que está devidamente aparelhado para a apreciação das limitações necessárias à autonomia privada em face dos outros valores e direitos constitucionais (HESSE, Konrad. *Elementos de direito constitucional da República Federal da Alemanha*. Trad. Luís Afonso Heck. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1998, p. 285).

Nisso consiste a tarefa específica da normatização de direito privado, que desenvolveu nesse empenho uma pronunciada autonomia com relação à Constituição, tanto

Superior Tribunal de Justiça

em perspectiva histórica; quanto também no tocante ao conteúdo, haja vista que o direito privado, em regra, disponibiliza soluções muito mais diferenciadas para conflitos entre os seus sujeitos do que a Constituição poderia fazê-lo (CANARIS, Claus-Wilhelm. SARLET, Ingo Wolfgang (Orgs.). *Constituição, direitos fundamentais e direito privado*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003, p. 225).

Dessarte, não se pode presumir a imprevidência do legislador e que não tenha sopesado, em busca do interesse público, todas as questões tidas pelo eminente vistor como suficientes para o afastamento da aplicação do disposto no art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998.

Eventuais decisões administrativas ou judiciais à margem da lei "escapam das previsões pretéritas" e têm o condão de agravar "a delicada situação financeira de inúmeras operadoras de planos de saúde, seguida de intervenções, liquidações ou aquisições de carteiras de clientes, ferem em última análise a própria confiança e expectativa dos consumidores, razão maior da contratação" do plano ou seguro de saúde. "O problema deixa de ser da operadora e passa a atingir toda a sociedade" (LOUREIRO, Francisco Eduardo; SILVA, Regina Beatriz Tavares da (coord.). *Responsabilidade civil na área da saúde*. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 338).

Portanto, malgrado a douta posição do eminente vistor no sentido de que a regulação legal e infralegal não atende adequadamente o interesse público por existir município de grandes dimensões territoriais, é bem de ver que o presente processo é subjetivo, não tendo havido nem sequer a participação da Autarquia como litisconsorte passiva para defender desde a primeira instância seu ato administrativo de imperatividade inerente, além de que há o reconhecimento, no douto voto apresentado, de "que os municípios limítrofes estão distantes entre si alguns poucos quilômetros".

Por certo, como pontua a doutrina especializada, a lei atribui ao Consu e à ANS a competência de proceder à formulação infralegal da política de saúde.

De fato, o art. 3º da Lei n. 9.961/2000 estabelece que a ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Já o art. 4º prevê que compete à ANS: I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar; VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS; X - definir, para fins de aplicação da Lei no 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades; XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei no 9.656, de 1998; XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de

planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento; XXIV - 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; XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência; XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação; XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde; XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990; XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar; XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-43, de 2001) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) conteúdos e modelos assistenciais e garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados.

5. A NORMATIZAÇÃO INFRALEGAL ESTABELECIDA PELA AUTARQUIA ESPECIALIZADA NÃO PARECE DESARRAZOADA, E NÃO SE PODEM SUPRIMIR AS ATRIBUIÇÕES DO PODER EXECUTIVO.

Pelo abalizado escólio de Maria Sylvia Zanella Di Pietro, o Judiciário deve respeitar a discricionariedade administrativa, pois o legislador "intencionalmente deixa um espaço para livre decisão da administração pública, legitimando previamente sua opção; qualquer delas será legal. Daí por que não pode o Poder Judiciário invadir esse espaço reservado, pela lei, ao administrador, pois, caso contrário, estaria substituindo, por seus próprios critérios de escolha, a **opção legítima** feita pela autoridade competente com base em razões de oportunidade e conveniência que ela, melhor do que ninguém, pode decidir" (DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito administrativo*. 27. ed. São Paulo: Atlas, 2014, p. 229).

No multicitado RE n. 632.853, relator Ministro Gilmar Mendes, julgado pelo Pleno do STF no âmbito de repercussão geral, Sua Excelência ponderou que não é possível ao Judiciário entrar no mérito administrativo substituindo-se à administração pública, sob pena de violação do princípio da separação dos poderes e a própria reserva de administração (*Verwaltungsvorbehalt*) (RE n. 632.853, relator Ministro Gilmar Mendes, Tribunal Pleno, julgado em 23/4/2015, acórdão eletrônico/repercussão geral/mérito, DJe-125 divulg. em 26/6/2015, public. em 29/6/2015, RTJ vol. 00235-01, pp. 00249).

Nesse mencionado *leading case*, o Ministro Luiz Fux pontuou ser certo que o Judiciário não pode substituir a administração pública e que: a) o postulado da separação dos poderes é instrumento de racionalização e moderação no exercício do poder, essencial para a própria existência da liberdade individual, como historicamente registrado por Montesquieu na clássica obra "Do Espírito das Leis"; b) **a separação dos poderes responde a um imperativo de eficiência administrativa, pugnando pela especialização funcional, pois, ao dividir as atribuições do Estado e alocá-las a órgãos distintos com competências particulares, estimula-se o refinamento técnico e o aperfeiçoamento profissional**; c) **"se recomenda cautela do Poder Judiciário no controle dos atos dos demais Poderes, e em particular da Administração Pública"**; d) o "controle judicial via princípios constitucionais deve ser exercido com extrema cautela, haja vista a baixa densidade semântica do programa normativo".

Em recentes precedentes específicos a envolverem a ilegítima supressão das atribuições legais da ANS, as duas Turmas de Direito Público assentaram que, "segundo entendimento firmado neste Superior Tribunal de Justiça, até prova cabal em contrário, deve prevalecer a presunção de legitimidade dos atos administrativos praticados pelas agências reguladoras", "sendo inviável qualquer discussão acerca do próprio mérito administrativo" (Aglnt nos EDcl no REsp n. 1.834.266/PR, relator Ministro Sérgio Kukina, Primeira Turma, julgado em 22/3/2021, DJe de 25/3/2021).

Outrossim, assentaram que não é papel do Judiciário promover a substituição técnica por outra concepção defendida pelo julgador, sendo "incabível substituição da discricionariedade técnica pela discricionariedade judicial" (Aglnt no REsp n. 1.823.636/PR, relator Ministro Mauro Campbell Marques, Segunda Turma, julgado em 14/9/2021, DJe de 16/9/2021).

Isso porque a ANS, em cumprimento à vontade do legislador, formula políticas incluindo tratamentos obrigatórios para os diversos tipos de produtos básicos, de modo a corrigir os desvios que a evolução da ciência médica acaba trazendo para as operadoras que exploram os planos e seguros privados de assistência à saúde. Malgrado trate-se de regulamentação infralegal, decorre de expressa delegação legal de competência, o que se configura mesmo necessário em vista do fato de que "a rapidez com que são editadas as regras é a mesma com que elas podem ser revogadas ou modificadas, caso produzam resultados contrários aos pretendidos. Estes efeitos não poderiam ser obtidos se fosse necessário o processo legislativo" (BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. *Lei dos planos e seguros de saúde: comentada e anotada artigo por artigo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, p. 65-69).

6. A OBSERVÂNCIA DA NORMATIZAÇÃO DE REGÊNCIA NÃO

VIOLA A BOA-FÉ OBJETIVA E GARANTE O EQUILÍBRIO CONTRATUAL

Conforme o escólio doutrinário, o que o ordenamento jurídico visa com o princípio da boa-fé objetiva é assegurar que as partes colaborem mutuamente para a consecução dos fins comuns perseguidos com o contrato. Não se exige que o contratante colabore com o interesse privado e individual da contraparte, tampouco importe em sacrifício de posições contratuais de vantagem (TEPEDINO, Gustavo; SCHREIBER, Anderson. *TEPEDINO, Gustavo (Coord.). Obrigações: estudos na perspectiva civil-constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2005, p. 35-44).

Com efeito, não entendo que o mero cumprimento da normatização de regência viole a boa-fé objetiva, pois não há legítima expectativa de receber cobertura, sem base na normatização de regência ou contratual, sendo certo que planos de saúde usualmente têm rede credenciada.

"Legítima é a confiança que está de acordo com o direito, despertada a partir de circunstâncias objetivas, da conduta da contraparte e de informações não esclarecidas, que conduzem o contratante a acreditar que determinada cobertura é devida" (TERRA, Aline de Miranda Valverde. *Planos privados de assistência à saúde e boa-fé objetiva: natureza do rol de doenças estabelecido pela Agência Nacional de Saúde para fins de cobertura contratual obrigatória*. Revista Brasileira de Direito Civil - RBDCIVL, v. 23, jan.-mar. 2020, p. 181-191).

Efetivamente, penso que a boa-fé objetiva impõe que as partes colaborem mutuamente para a consecução dos fins comuns perseguidos com o contrato - que não é um mero instrumento formal de registro das intenções - e encontra sua vinculação e limitação na função econômica e social do contrato, visando fazer com que os legítimos interesses da outra parte concernentes à relação econômica nos moldes pretendidos pelos contratantes sejam salvaguardados (TEPEDINO, Gustavo. *Obrigações: estudos na perspectiva civil-constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2005, p. 38-39).

7. O RESSARCIMENTO AO SUS NÃO É NECESSARIAMENTE PELO CUSTO INTEGRAL NEM MESMO PELO VALOR DE TABELA DO PLANO DE SAÚDE.

O ressarcimento ao sistema estatal, na verdade, não é pelo mesmo valor que seria pago ao hospital de livre escolha do consumidor nem mesmo pela tabela do plano de saúde, pois, segundo a lei, apenas não pode ser inferior ao praticado pelo SUS nem superior ao praticado pela operadora, conforme o art. 32, § 8º, da Lei n. 9.656/1998.

Em outro giro, essa hipótese de reembolso ao SUS é excepcional e, conforme a consagrada doutrina de Carlos Maximiliano, as "disposições excepcionais são estabelecidas por motivos ou considerações particulares, contra outras normas jurídicas, ou contra o Direito comum; por isso não se estendem além dos casos e tempos que designam

expressamente" (MAXIMILIANO, Carlos. *Hermenêutica e aplicação do direito*. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2011, p. 184).

Na verdade, a inobservância da rede credenciada, a pretexto de adotar solução análoga a serviços prestados pelo SUS, tem o efetivo condão de ocasionar desequilíbrio atuarial, com base nas manifestações dos *amicl curiae*, inclusive do Órgão de classe dos atuários (Instituto Brasileiro de Atuária), pois, na relação mercantil mantida entre operadoras e prestadores de serviços, é usual a utilização de pagamento de serviços em "pacotes" em que se obtém grande abatimento de preços e a modelação pode ser variável, inclusive decotando ou não custos de serviços estabelecendo, por exemplo, o dever de bem discriminar os serviços prestados, nos moldes desejados pela operadora.

Portanto, ao simplesmente banalizar o instituto do reembolso, além de ocasionar maiores gastos para a coletividade dos planos de saúde, por afastar esses ganhos negociais obtidos em contratos de vulto, também se impõe severo aumento de gastos administrativos e de estrutura, pois, a par de afastar o lúdimo direito das operadoras de fazer auditoria médica e também formar junta médica em caso de divergências entre o médico assistente e o médico auditor do plano de saúde, implicaria, a cada novo pedido de reembolso, que funcionários tivessem de aferir se são procedimentos cobertos e tentassem entender como cada um dos prestadores de serviços livremente escolhidos pelos consumidores discriminam seus serviços, códigos utilizados, entre outros procedimentos, para verificar o que foi efetivamente realizado - controle que, como exposto por vários *amici curiae*, seria deveras dificultado fora da rede credenciada -, notadamente correlacionando os serviços prestados com o modelo de pagamento do plano de saúde.

Ora, em se tratando de plano de saúde, conforme a doutrina especializada de Renata Maria Gil da Silva Lopes Esmeraldi e José Fernando da Silva, apenas no caso do grupo restrito de contratos de garantia, administrado por operadora necessariamente registrada como operadora de reembolso, é possível a livre escolha de prestador de serviços:

Com efeito, existe um grupo específico de contratos que têm como característica de pagamento ou o reembolso de despesas consumidas com serviços de assistência à saúde que vierem a ser prestados e um outro grupo de contratos que têm como característica a prestação, direta ou terceirizada, de assistência à saúde, diferenciado nesse grupo e por suas peculiaridades já anotadas os contratos de regimes de autogestão.

DOS CONTRATOS DE GARANTIA E DE REEMBOLSO

1. Do contrato de garantia e de reembolso. Não cuidou a lei n. 9.656/1998 da disciplina jurídica específica que deveriam merecer os contratos de garantia e de reembolso. Nessa modalidade de contrato, portanto, a operadora, necessariamente registrada como operadora de reembolso e com estrita obediência à Lei n. 10.185/2001, assume obrigação de pagar diretamente o prestador de serviços assistenciais pelos serviços

que prestar a beneficiário dessa contratação ou, então, garantir ressarcimento ao consumidor-beneficiário das despesas que ele efetuar pela assistência à saúde de que necessitar, cabendo a ele suportar quando caso e num primeiro momento as despesas, obter comprovante delas e, posteriormente, solicitar à operadora o seu regular ressarcimento.

(ESMERALDI, Renata Maria Gil da Silva Lopes; LOPES, José Fernando da Silva. *Planos de saúde no Brasil: doutrina e jurisprudência*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 104-105).

Ademais, é bem de ver que a livre escolha de prestador é, em linha de princípio, incompatível com o plano-referência, já que foi concebido pelo legislador para atender a grande massa, permitindo "a existência de planos básicos que se resumem a atendimentos em clínicas e centros médicos ambulatoriais das próprias operadoras ou em enfermarias de hospitais menos sofisticados, às vezes explorados pela própria operadora como o único disponível dessa espécie":

Nessa linha de inteligência, acerca do art. 10 da Lei dos Planos e Seguros de Saúde, cumpre salientar as causas que levaram o legislador a instituir o plano-referência: a) constitui verdadeiro plano básico, em atenção ao fato de que existe uma gradação das necessidades dos usuários dos planos e seguros privados de assistência à saúde; b) contém todas as variações que o artigo permite, e é destinado ao grande contingente de consumidores de menor poder aquisitivo ou posicionado em faixas nas quais a demanda por serviços médicos e assistenciais seja pequena, como entre a população mais jovem; c) **a existência de planos básicos que se resumem a atendimentos em clínicas e centros médicos ambulatoriais das próprias operadoras ou em enfermarias de hospitais menos sofisticados, às vezes explorados pela própria operadora como o único disponível dessa espécie**; d) o *produto* - sem sua oferta à contratação nenhuma operadora ou administradora poderá obter o registro para funcionar legalmente; e) **a necessidade de um plano mínimo criado pela lei para que ele se tornasse acessível à grande massa** de desassistidos pelas políticas públicas de assistência médico-hospitalar, diminuindo o clamor dessas populações e tirando os argumentos dos críticos - "de qualquer modo, não deixa de ser um avanço, considerando que as classes sociais com menores níveis de renda já podem contar com alguma assistência efetiva, embora longe da ideal, mesmo que a custos elevados". (BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. *Lei dos planos e seguros de saúde: comentada e anotada artigo por artigo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, p. 55-57).

8. MANIFESTAÇÃO SUBSTANCIOSA DO AMICUS CURIAE CONSELHO FEDERAL DA OAB

Em arremate, cumpre consignar que, além das manifestações de outros *amici curiae* mencionadas no voto antes apresentado, a Comissão Especial de Saúde Suplementar

do Conselho Federal da OAB apresentou substancial manifestação (fls. 1.234-1.261) defendendo que: a) a "Lei nº 9656/98, que veio dispor sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, previu, em seu Art. 12, VI o 'reembolso, (...) 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"; b) "na hipótese de indisponibilidade de prestador na rede assistencial, a ANS entende que a alternativa de reembolso de atendimentos eletivos só deve ocorrer em última hipótese, devendo a operadora, antes de tudo, viabilizar o atendimento, seja em outro município ou por meio de acordo eventual com prestador não referenciado", na forma da Resolução ANS n. 259/2011; c) "portanto, a imposição de reembolso de despesas fora da rede credenciada ao plano de saúde somente se dará em caso da falta do atendimento e pagamento direto da operadora a determinado prestador, integrante este ou não da rede previamente referenciada"; d) "em razão da falta de contratualização prévia, não é possível fazer o mesmo controle acerca da higidez das despesas, em caso de atendimento por prestador de serviços fora da rede credenciada", e, "conforme se depreende do que já foi aqui exposto, a impossibilidade de gestão e negociação contratual formal interfere no equilíbrio econômico-financeiro e atuarial dos contratos"; e) "os atos normativos editados pela ANS são provenientes de discricionariedade técnica, decorrem das escolhas realizadas pelo ente estatal com embasamento técnico organizacional e científico, podendo ser lesiva a alteração pelo Poder Judiciário dos atos praticados em estrita atenção a essa competência técnica"; f) "quanto à possibilidade do juiz invocar regra infralegal da ANS aplicável, mas, mediante exame subjetivo de razoabilidade efetuado pelo julgador, eleger as disposições que serão aplicáveis a determinado usuário, à margem da normatização legal ou infralegal cogente, não se pode olvidar os riscos inerentes ao ativismo judicial"; g) a ANS, na edição de atos administrativos (legislação infralegal), dispõe de melhores instrumentos para avaliar a realidade complexa dos mercados regulados dos quais é responsável, bem como para fazer avaliações sistêmicas e de longo prazo; h) "em síntese, ao determinar o afastamento das cláusulas contratuais estabelecidas em conformidade à regulamentação, o custo dessa insuficiência financeira-atuarial impacta o fundo mutual da Operadora que faz frente em honrar os compromissos de cobertura dos procedimentos médicos dos demais beneficiários, de modo que para sua recomposição necessária se faz, invariavelmente, a revisão da contraprestação pecuniária"; i) "cumpre lembrar que a rede hospitalar é uma das características do produto (plano) registrado na ANS, devendo esta ser informada para a Agência Reguladora para a obtenção do registro de produto e analisada em função de suas especificidades operacionais"; j) "se a rede

hospitalar está atrelada ao produto, eventuais alterações que ocorram configuram alterações do registro de produto, devendo ser requerida pela operadora de acordo com a forma e os procedimentos definidos na IN 23/ DIPRO2009".

9. CONCLUSÃO

Diante do exposto, com esses acréscimos de fundamento, rogo vênias ao douto vistor para ratificar o voto anteriormente proferido, dando provimento ao recurso especial para julgar improcedente o pedido formulado na inicial.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.475 - SP (2019/0234721-8)

VOTO-VOGAL

O SR. MINISTRO RAUL ARAÚJO: Sr. Presidente, penso que o caso se situa naquela hipótese excepcional prevista no precedente da Segunda Seção.

Peço vênia para acompanhar a divergência inaugurada pelo **eminente Ministro Marco Buzzi**.

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2019/0234721-8 PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.475 / SP

Número Origem: 10010925820158260361

PAUTA: 05/04/2022

JULGADO: 03/05/2022
SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. ANTÔNIO CARLOS PESSOA LINS

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) -
SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N DAS I DE A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISÉS DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A DE D DOS U S P S DE S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N DAS E DE S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N DE S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"

Superior Tribunal de Justiça

ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B DE M DE G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Após o voto-vista regimental do relator dando provimento ao recurso especial, ratificando seu voto anterior, e o voto do Ministro Raul Araújo acompanhando a divergência, PEDIU VISTA a Ministra Maria Isabel Gallotti. Aguarda o Ministro Antonio Carlos Ferreira.

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2019/0234721-8 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.475 / SP**

Número Origem: 10010925820158260361

PAUTA: 16/08/2022

JULGADO: 16/08/2022
SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. HINDEMBURGO CHATEAUBRIAND PEREIRA DINIZ FILHO

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) -
SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N DAS I DE A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISES DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A DE D DOS U S P S DE S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N DAS E DE S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N DE S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"

Superior Tribunal de Justiça

ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B DE M DE G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Adiado o julgamento para a próxima sessão (23/8/2022, às 9h30min), por indicação da Sra. Ministra Maria Isabel Gallotti (voto-vista).

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2019/0234721-8 PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.475 / SP

Número Origem: 10010925820158260361

PAUTA: 16/08/2022

JULGADO: 23/08/2022
SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. ELIANE DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA RECENA

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) -
SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N DAS I DE A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISES DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A DE D DOS U S P S DE S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N DAS E DE S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N DE S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"

Superior Tribunal de Justiça

ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B DE M DE G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Adiado o julgamento para a próxima sessão (23/8/2022, às 14h), por indicação da Sra. Ministra Maria Isabel Gallotti (voto-vista).

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2019/0234721-8 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.475 / SP**

Número Origem: 10010925820158260361

PAUTA: 16/08/2022

JULGADO: 23/08/2022
SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. SOLANGE MENDES DE SOUZA

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) -
SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N DAS I DE A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISES DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A DE D DOS U S P S DE S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N DAS E DE S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N DE S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"

Superior Tribunal de Justiça

ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B DE M DE G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Adiado o julgamento por indicação da Sra. Ministra Maria Isabel Gallotti (voto-vista).

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2019/0234721-8 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.475 / SP**

Número Origem: 10010925820158260361

PAUTA: 16/08/2022

JULGADO: 13/09/2022
SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. MARCELO ANTÔNIO MUSCOGLIATI

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) -
SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N DAS I DE A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISES DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A DE D DOS U S P S DE S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N DAS E DE S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N DE S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"

Superior Tribunal de Justiça

ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B DE M DE G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Adiado o julgamento por indicação da Sra. Ministra Maria Isabel Gallotti (voto-vista).

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2019/0234721-8 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.475 / SP**

Número Origem: 10010925820158260361

PAUTA: 16/08/2022

JULGADO: 20/09/2022
SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. ELIANE DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA RECENA

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) -
SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N DAS I DE A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISES DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A DE D DOS U S P S DE S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N DAS E DE S G P P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N DE S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"

Superior Tribunal de Justiça

ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B DE M DE G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Adiado o julgamento por indicação da Sra. Ministra Maria Isabel Gallotti (voto-vista).

RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.475 - SP (2019/0234721-8)

VOTO-VISTA

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI: Trata-se de recurso especial interposto por CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que, mantendo a sentença de procedência, determinou a cobertura/ressarcimento de “atendimento no município de Mogi das Cruzes, para qualquer necessidade que esteja abrangida pela cobertura do plano de saúde contratado (e desde que haja profissionais disponíveis neste município, ainda que não credenciados)”, nos termos desta ementa:

INTERESSE PROCESSUAL – Contrato - Prestação de serviços - Plano de saúde – Alegada ausência de negativa de cobertura do tratamento, na rede referenciada - Inexistência de atendimento na área de abrangência contratada - Interesse de agir – Configuração - Necessidade de a autora pleitear, judicialmente, que a seguradora lhe garanta a cobertura contratada – Preliminar rejeitada - Recurso improvido.

JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE - Existência de prova suficiente para a formação da convicção do juiz – Não caracterização de cerceamento de defesa, ainda que haja pedido expresso de dilação probatória – Preliminar rejeitada - Recurso improvido.

CONTRATO - Prestação de serviços - Plano de saúde - Pretensão da segurada em realizar a terapia na cidade que faz parte da área de abrangência da seguradora e onde não há atendimento médico-hospitalar - Acolhimento – Cobertura da terapia – Obrigatoriedade - Inteligência do art. 4º da Resolução Normativa 259 da ANS - Sujeição dos gastos, realizados com médicos particulares, a reembolso - Hipótese de descabimento - Recurso improvido.

Opostos os embargos de declaração, esses foram rejeitados.

Em suas razões de recurso, a parte recorrente sustentou negativa de vigência ao artigo 1.022, II, do Código de Processo Civil, visto que presentes contradição e omissão no acórdão recorrido quanto à obrigatoriedade de custeio em rede não credenciada.

Aduziu violação aos artigos 369, 370 e 373, I, do CPC, pois o julgamento

antecipado da lide implicou cerceamento de defesa da ora recorrente.

Apontou ofensa aos artigos 10, I, e 12, VI, da Lei nº 9.656/98; 188, I, 421, 757 e 884 do Código Civil; e 54, §§ 3º e 4º, do Código de Defesa do Consumidor, uma vez que a “operadora demonstrou, por mais de uma vez, que possui todo o aparato para cobrir o tratamento eficaz à saúde do Recorrido, dentro da rede credenciada, não podendo ser aceita a tese de que esta Operadora seja compelida a custear tratamento em rede particular” ou experimental, mormente ao se considerar a área de abrangência geográfica contratada, visto que as operadoras “respondem pela regra de Região de Saúde para o credenciamento de seus prestadores e garantia de atendimento aos associados”, nos termos da Resolução Normativa nº 259/11 da ANS.

Argumentou, assim, que não pode “ser compelido a manter todos os serviços em um único município ou ainda custear particular atendimento em Mogi das Cruzes, quando na região de saúde do contrato possui rede credenciada apta a tal”, visto que inexistente abusividade ou ilegalidade na conduta da recorrente.

O Ministro Relator deu provimento ao agravo em recurso especial para melhor análise e, diante da relevância da discussão, notadamente após o julgamento pela Terceira Turma do REsp nº 1.575.764/SP, que entendeu pela possibilidade de reembolso de tratamento realizado fora da rede credenciada, mesmo sem caráter de urgência ou emergência, oportunizou a manifestação dos amici curiae (fls. 668/676).

O Ministério Público Federal, em seu parecer, opinou pelo não conhecimento do recurso ou, “acaso ultrapassada a barreira da admissibilidade, no mérito, pelo seu improvimento” (fls. 990/998).

O relator, Ministro Luis Felipe Salomão, em seu voto, pontuou que a “primeira questão controvertida consiste em saber se, em não havendo Clínica credenciada no Município do beneficiário de Plano de Saúde, é possível o custeio integral do tratamento, sem caráter de urgência ou emergência, em outro estabelecimento unilateralmente escolhido pela consumidora”.

Nesse sentido, tecendo considerações a respeito do regime jurídico da saúde suplementar e da segurança das relações jurídicas, o Ministro afirmou que discorda do entendimento firmado pela Terceira Turma, “no sentido de que a inobservância da rede credenciada ao plano de saúde, desde que limitado o reembolso à tabela, não ensejaria desequilíbrio atuarial”.

Se valendo das manifestações da Agência Nacional de Saúde – ANS e do Instituto Brasileiro de Atuária – IBA, concluiu que a inobservância da rede credenciada “a) ocasiona desestruturação administrativa aos planos de saúde, aumento de custos e reflexamente encarecimento dos planos existentes e oferecimento de planos de saúde mais caros ao mercado; b) é incompatível com a liberdade contratual impor que o plano

de saúde mantenha, por via reflexa, relação com prestadores de serviços não credenciados, eventualmente até mesmo previamente descredenciados; c) é inviável ao plano de saúde fazer o mesmo controle acerca da higidez das despesas, em caso de atendimento por prestador de serviços fora da rede credenciada; d) o consumidor não tem a mesma expertise da operadora do plano de saúde para aferir a efetivação dos procedimentos e do uso dos materiais cobrados por prestadores de serviços fora da rede credenciada; e) em vista de ser direito da operadora do plano de saúde submeter procedimentos solicitados a seu médico auditor, causa sérios embaraços conciliar essa atuação com atendimentos eletivos, realizados por médicos não credenciados; f) é solução que não permite a viabilização econômica para formação ou manutenção de cooperativa de médicos ou dentistas tendo por objeto o oferecimento de plano de saúde.”

Relembrou, ainda, o entendimento sufragado pela Segunda Seção, por ocasião do julgamento dos EAREsp nº 1.459.849/ES, no sentido de que, à luz do disposto no artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/98, “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”.

Por fim, no tocante ao primeiro ponto, afastou a aplicação analógica do artigo 32 da Lei nº 9.656/98, como realizado pela Terceira Turma, visto que a sua declaração de constitucionalidade pelo Supremo Tribunal Federal baseou-se na lógica de equalização de ônus sociais entre o setor privado e o público, incentivo ao uso da rede privada própria e excepcionalidade do reembolso, de modo que incabível o STJ exercitar atividade normativa primária.

Em relação à segunda questão controvertida, afirmou que a controvérsia a ser solucionada é “saber se, em não havendo prestador da rede credenciada ao Plano de Saúde para o tratamento necessário do usuário, se é possível admitir-se como suprida a obrigação contratual com a existência de prestador de serviços em Município limítrofe, ou se é possível o consumidor escolher um de sua unilateral escolha, vindicando a imposição de reembolso integral das despesas”.

Aduziu que a parte autora, em sua petição inicial, fez apenas alusão genérica ao descredenciamento sem afirmação prévia, não tendo sido apurado pelas instâncias de origem “se esse fato foi recente, sendo certo que não implicou em nenhuma suspensão de internação ou mesmo de tratamento que viesse sendo realizado”.

Ainda, assentou que, “nada obstante a ANS aponte que existe, sim, dois

prestadores de serviços hospitalares no Município da Autora (Mogi das Cruzes), e que qualquer usuário pode consultar nos sites das operadoras de planos de saúde ou da própria Autarquia a rede credenciada, nem mesmo na causa de pedir da demanda é afirmado que tinha havido descredenciamento recente, e o próprio Juízo de piso admite na sentença haver prestador hábil a oferecer o tratamento no Município limítrofe de Santo André, ou mesmo no de São Paulo (a título de registro, cumpre consignar que o Município de Santo André dista em linha reta de Mogi das Cruzes, 38,03 Km, tendo uma distância de condução de 49 km, que são percorridos em cerca de 1 hora e 3 minutos, já São Paulo, que a autora admite ter prestador de serviços, tem uma distância de condução de 61 km e tempo de condução estimado em 51 minutos).”

Dessa forma, destacou que o juízo de origem afastou indevidamente a RN nº 259/11 da ANS, visto que, “a livre escolha de prestadores de serviços assistenciais é restrita aos contratos que a prevejam (via de regra, seguros de saúde), sendo permitida excepcionalmente sua adoção nas hipóteses: i) dos atendimentos de urgência e de emergência, ii) da indisponibilidade de prestador integrante da Rede Assistencial no Município ou iii) da inexistência de prestador no Município; sendo certo que nestes dois últimos casos a livre escolha e o conseqüente reembolso somente será cabível se a operadora não vier a cumprir sua obrigação primordial de garantir o atendimento por prestador por ela indicado ou autorizado, na forma e nas condições previstas na Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011.”

Nesse contexto, deu provimento ao recurso especial para julgar improcedente o pedido formulado na inicial.

Após o voto do Ministro Relator, proferiu voto-vista o Ministro Marco Buzzi, dando parcial provimento ao recurso especial para, “em menor extensão, reformar em parte o acórdão e sentença a fim de limitar que eventuais reembolsos à autora sejam realizados pelo preço de tabela conforme contrato estabelecido entre as partes se os valores despendidos não tiverem sido decorrentes de descumprimento pela operadora de conceder traslado e demais benefícios”.

Para fundamentar seu entendimento, o Ministro, ponderando as disposições contidas na RN 259/11 da ANS, que estabelecem a obrigação de a operadora do plano de saúde custear o transporte do beneficiário quando inexistente prestador no município da área geográfica de abrangência ou o reembolso integral, em caso de descumprimento do disposto nos artigos 4º, 5º e 6º, bem como as particulares da causa, entendeu como abusivo o comportamento da ré em não garantir o atendimento para a doença coberta no Município de Mogi das Cruzes.

Pontuou que “foi exatamente sob esse aspecto que as instâncias ordinárias consideraram a procedência do pedido da autora – regado pela

Superior Tribunal de Justiça

especificidade atinente à inviabilidade de deslocamento longos diante da síndrome psicológica que acomete a demandante em razão de acidente automobilístico ocorrido no passado”.

Concluiu, ao fim, aderindo ao entendimento firmado pela Terceira Turma, sob o fundamento de que:

“Com base nessa assertiva, de que o tratamento da doença é coberto, abre-se ao usuário três possibilidades distintas com consequência bem definidas: a) fazer uso do SUS, oportunidade na qual o Estado demandará a operadora do reembolso integral, nos limites do contrato; b) deslocar-se para município ou área geográfica limítrofe e ser atendido por profissional ou clínica conveniada, tendo direito a traslado (ida e volta), nos termos da resolução de regência, e, em caso de descumprimento por parte da operadora (de fornecimento do traslado), terá o direito de ser reembolsado integralmente nos termos do artigo 9º da resolução caso o beneficiário tenha sido obrigado a pagar os custos do atendimento e c) utilizar-se de profissionais/estabelecimentos não conveniados/referenciados pelo plano, seja no âmbito da extensão geográfica ou fora dela, ficando o ressarcimento limitado ao valor de tabela do plano contratado.

Nessa última hipótese, não se cogita em violação ao equilíbrio atuarial da operadora - afinal está obrigada ao tratamento da doença coberta -, mas em interpretação que a um só tempo mantém as estipulações contratuais e garante ao usuário o atendimento de que necessita para o tratamento da enfermidade. A limitação de reembolso ao valor de tabela afasta qualquer possibilidade de enriquecimento indevido do usuário ao se utilizar de profissional ou hospital de referência que muitas vezes demandam altas somas pelo trabalho desempenhado.”

Em ratificação de voto, o Ministro Salomão reiterou os argumentos despendidos anteriormente, frisando a impossibilidade de, com base no CDC, afastar a norma contida no artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/98, sem a competente declaração de inconstitucionalidade pela Corte Especial.

Asseverou, ademais, que o entendimento da Terceira Turma já se encontra superado pela Segunda Seção, por ocasião do julgamento do mencionado recurso EAREsp nº 1.459.849/ES.

Por fim, teceu considerações sobre a inviabilidade de se aplicar por

analogia o entendimento relativo ao SUS, visto que o reembolso não ocorre necessariamente pelo custo integral ou mesmo pelo valor de tabela do plano de saúde, de modo que deve ser privilegiada a normatização estabelecida pela Autarquia Especializada, sob pena de supressão das atribuições do Poder Executivo.

Após vista dos autos, passo a proferir o meu voto.

Inicialmente, anoto que os apontamentos realizados pelo Ministro relator quanto à primeira questão controvertida são irretocáveis, diante da impossibilidade de extensão ao presente caso - e demais controvérsias envolvendo atendimento fora da rede credenciada do plano de saúde - da disposição contida no artigo 32 da Lei nº 9.656/98, específica para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde.

Observe, ademais, que tal interpretação privaria de sentido o artigo 12, VI, da referida lei, o qual assegura o “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”.

Penso, contudo, que tal discussão restou superada por ocasião do julgamento dos EAREsp nº 1.459.849/ES, por esta Segunda Seção, visto que pacificado 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.”

Eis a respectiva ementa:

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

Superior Tribunal de Justiça

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.

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, DJe de 17/12/2020.)

Dessa forma, em que pesem os relevantes argumentos despendidos pelo Ministro Relator e os esclarecimentos trazidos pelos Amigos da Corte quanto à necessidade de observância da regra contida no artigo 12, VI, da Lei n° 9.656/98, penso que a solução do caso em análise perpassa a análise das circunstâncias de fato estabelecidas pelas instâncias de origem, à luz da Resolução Normativa n° 259/11 da ANS, agência reguladora à qual o §4º do art. 10 da citada lei confere a competência para editar ato normativo disciplinando a amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar.

Nesse contexto, como bem ponderado pelo Ministro Marco Buzzi no início de seu voto-vista, “foi exatamente sob esse aspecto que as instâncias ordinárias consideraram a procedência do pedido da autora- regado pela especificidade atinente à inviabilidade de deslocamentos longos diante da síndrome psicológica que acomete a demandante em razão de acidente automobilístico ocorrido no passado – e, conseqüentemente, abusivo o comportamento da ré em não garantir o atendimento para doença coberta no município de Mogi das Cruzes”.

Para melhor compreensão da controvérsia, transcrevo novamente os trechos pertinentes do acórdão recorrido (fls. 468/470):

“Não há falar-se em carência da ação, por falta de interesse de agir, diante da ausência de negativa de atendimento e cobertura. Tivesse, a apelada, garantia de atendimento na área geográfica de cobertura, de fato, não precisaria vir ao Judiciário para requerer o cumprimento do avençado. No entanto, não teve ela a prestação do serviço na área contratada. Daí, sua necessidade de pleitear, judicialmente, que a apelante lhe garanta a cobertura contratada, como anotado na r. decisão combatida.

Quanto à outra preliminar, conforme tenho decidido, estando presentes, nos autos, elementos suficientes para a formação da convicção do juiz do feito, o julgamento antecipado não se constitui em cerceamento de defesa, ainda que a parte tenha feito pedido expresse de dilação probatória.

Neste sentido, já decidi:

(...)

No mérito, o recurso não prospera.

A apelante recusa-se a garantir à apelada atendimento médico, no Município de Mogi das Cruzes - região que consta da sua área de abrangência -, alegando que ofereceu atendimento na sua rede credenciada, o qual seria apto a satisfazer as necessidades médicas da apelada. Esta, por sua vez, sustenta que, quando firmou contrato com a apelante, havia rede médica e hospitalar credenciada na referida cidade, o que supria suas necessidades, e que, além de contar com mais de 60(sessenta) anos, está em tratamento de doença grave (câncer).

A apelante afirma que a cidade de Mogi das Cruzes faz parte da sua rede referenciada, conforme cláusula 3.1 do instrumento.

Por sua vez, a apelada trouxe documento extraído do site da apelante, no qual não consta estabelecimento médico-hospitalar para que seja a terapia seja realizada no referido município (fls.90 e ss).

Havendo previsão contratual de atendimento em determinada região ou município, espera-se que o segurado encontre amparo no local que constou do contrato, o que não é o caso dos autos.

A situação agrava-se ainda mais diante da descabida pretensão de se impor àquele que se encontra em situação de enfermidade, qualquer que seja ela, a necessidade de deslocamento de um município para outro, para que seja possível realizar o tratamento.

A fim de evitar essa situação, a Resolução Normativa RN 259 da ANS dispõe, em seu art. 4º, que:

(...)

Como se vê, há garantia legal de que o segurado seja atendido no município pertencente à área geográfica de abrangência da seguradora.

E, não tendo, a apelante, cumprido a obrigação imposta pela legislação pátria, a sua condenação, como determinado na origem, é de rigor.

Até por isso - pela garantia que o segurado tem de ser atendido na

região de atuação da seguradora -, os honorários médicos dos profissionais contratados particularmente devem de ser suportados integralmente pela apelante.” (grifos não constantes do original)

No mesmo sentido, a sentença mantida pela Corte estadual (fls. 393/396):

“Para solução da demanda, cumpre analisar se a ré é ou não obrigada a manter rede de atendimento no município de Mogi das Cruzes, residência da autora, que consta da lista de municípios de abrangência do plano de saúde (cláusula 3ª do regulamento do plano).

A ré não controverteu o fato afirmado pela autora na sua inicial de que não há qualquer prestador de serviços deste município cadastrado no plano de saúde, muito embora houvesse ao menos 2 (dois) hospitais que atendessem ao plano quando da sua contratação pela autora.

O artigo 4º da Resolução Normativa 259/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar ("ANS"), com redação dada pela Resolução Normativa 268/2011, determina que na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial no município que pertença à área geográfica de abrangência, a operadora deverá garantir o atendimento em "prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município" ou "prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este".

O município de São Paulo, apesar de geograficamente aproximado, não é limítrofe em relação a Mogi das Cruzes, de forma que a ré não atende às disposições regulamentares ao oferecer prestador de serviços naquela localidade.

Note-se que o § 2º do mesmo artigo 4º aponta que "na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento (...)"

Ou seja, a possibilidade de a ré oferecer um prestador de serviços à autora no Município de São Paulo (desde que ofereça também o transporte), somente existiria caso não houvesse prestadores disponíveis em Mogi das Cruzes (ainda que não integrantes da rede assistencial) -o que os

elementos dos autos demonstram não ser verdadeiro.

Não pode, portanto, a ré se utilizar da faculdade do artigo 4º, § 2º, da Resolução Normativa 259/2011, da ANS.

Outrossim, não se pode descuidar da especificidade do caso da autora, que demonstrou nos autos deter dificuldades sérias em relação a longos deslocamentos de automóvel. Dessa forma, mesmo em sendo possível, nos termos da resolução acima indicada, a prestação dos serviços em municípios limítrofes, deve a ré garantir à autora o tratamento nos limites deste município de Mogi das Cruzes, o que consiste na primeira opção prevista a norma em análise para solução da situação.

Ressalte-se que a autora está filiada ao plano de saúde da ré há diversos anos e, quando da contratação, contava com razoável rede de atendimento nesta comarca. Não é aceitável que a ré simplesmente interrompa o atendimento neste município (que, anote-se, é o maior da sua região) e determine aos seus clientes que passem a realizar verdadeiras viagens para conseguirem atendimento.

O município de Santo André (único município limítrofe a Mogi das Cruzes onde, em tese, a autora poderia ser atendida, nos termos da relação juntada pela ré à folha 286) dista 76km (setenta e seis quilômetros) de Mogi das Cruzes!

Conclui-se, dessa forma, que a ré deve garantir à autora o atendimento dentro deste município.

Corolário da conclusão acima apontada, uma vez demonstrado que a ré não cumpriu com essa obrigação de garantir o atendimento no município de Mogi das Cruzes, deverá ser condenada ao ressarcimento dos valores comprovadamente gastos pela autora para conseguir atendimento nesta localidade.

O ressarcimento deve ser realizado de forma integral, e não com as limitações de reembolso previstas no regulamento do plano de saúde, tendo em vista que não se trata de opção da autora realizar o tratamento fora da rede autorizada, mas efetivo inadimplemento da ré em relação às suas obrigações.

Note-se que a ré não controverteu nos autos o fato de que as consultas e exames realizados pela autora estariam abrangidos pela cobertura do plano. Ressalte-se, também, que apesar de partir de uma situação concreta, a autora formulou pedido relativo a qualquer atendimento que venha a necessitar no futuro, independentemente de estar ligado ao problema de saúde que ela

enfrenta atualmente.

Pelo exposto, deverá a ré ser condenada ao ressarcimento dos valores despendidos pela autora e comprovados por meio dos documentos de folhas 98, 99 e 101, corrigidos monetariamente desde o desembolso e contando juros de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação da ré.

Em relação aos custos comprovados pelos documentos de folhas 289, 367 e 368, a ré deve também ser condenada ao seu pagamento, tendo já realizado o depósito nos autos, nos termos da antecipação de tutela deferida. Em linha com a decisão antecipatória, deve a autora ser autorizada ao levantamento dos valores.

Deve, por fim, a ré ser condenada na obrigação de garantir à autora atendimento no município de Mogi das Cruzes, para qualquer necessidade que esteja abrangida pela cobertura do plano de saúde contratado (e desde que haja profissionais disponíveis neste município, ainda que não credenciados).

Desde que não haja profissionais credenciados pela ré neste município, poderá a autora realizar os procedimentos (incluindo-se consultas, exames e tudo o que constar da cobertura contratual) e requerer o reembolso integral dos valores despendidos à ré, que deverá realizar o pagamento no prazo de 72 (setenta e duas) horas diretamente à autora, sob pena de multa no mesmo valor do ressarcimento requerido pela autora.

Poderá a ré indicar à autora profissionais que prestem serviços neste município de Mogi das Cruzes, de forma que estará isento da obrigação de reembolso dos custos em relação aos procedimentos que digam respeito àquela especialidade.” (grifos não constantes do original)

Assim posta a questão, penso, com a devida vênia, não caber ao juiz o dever de “esclarecimento ou apuração” das alegações de descredenciamento do hospital que realizava tratamento sem prévia notificação à consumidora ou de existência de prestadores de serviços hospitalares cadastrados no município em que reside.

Como sabido, trata-se de ônus probatório imputado à parte ré comprovar a “existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor”, nos termos do artigo 373, II, do CPC.

Destaco, quanto a essa questão, que as instâncias de origem

consignaram expressamente que “a ré não controverteu o fato afirmado pela autora na sua inicial de que não há qualquer prestador de serviços deste município cadastrado no plano de saúde, muito embora houvesse ao menos 2 (dois) hospitais que atendessem ao plano quando da sua contratação pela autora”.

Ainda, conforme pontuado no acórdão recorrido, a parte autora “trouxe documento extraído do site da apelante, no qual não consta estabelecimento médico-hospitalar para que seja a terapia realizada no referido município (fls.90 e ss)”, de modo que logrou êxito em comprovar fato constitutivo de seu direito.

Dessa forma, nos termos em que assentadas as circunstâncias fático-probatórias, incabível a modificação do entendimento de que não havia hospital credenciado à recorrente no município da Autora, visto que a alteração das premissas firmadas esbarraria na vedação do reexame por esta via do recurso especial, em virtude da Súmula nº 7/STJ.

É certo, outrossim, conforme destacado pelo Ministro Relator, que a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em sua manifestação, indicou a existência de 2 (dois) prestadores hospitalares em Mogi das Cruzes.

Trata-se, contudo, de despacho proferido em 2020 (DESPACHO N. 285/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO - fls. 1018/1021; 1065/1068), sendo certo que a demanda foi ajuizada em 2015, 5 (cinco) anos antes da consulta informada pela agência em comento.

Não é demais frisar, nesse sentido, que a autora juntou aos autos “documento extraído do site da apelante, no qual não consta estabelecimento médico-hospitalar para que seja a terapia realizada no referido município” (fls. 90/96).

O fato novo informado pela ANS, em contrapartida, orientará a conclusão deste voto, a ser desenvolvida mais adiante.

Ultrapassada essa questão, passo à análise das disposições contidas na Resolução Normativa nº 259/11 da ANS, que regem a cobertura de tratamento nos casos em que não há rede credenciada no município da parte beneficiária.

Nos termos do artigo 2º, caput, RN em comento, “a operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto”.

Como delineado acima, é incontroverso que o Município de residência da autora é integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Os artigos 4º, 5º e 6º da RN nº 259/11 da ANS estão encartados na

Superior Tribunal de Justiça

Seção II do ato normativo, que trata “Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Indisponibilidade ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto”.

O artigo 4º estabelece que, “na hipótese de 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, a operadora deverá garantir o atendimento em” i) prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou ii) prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

Conforme pode ser depreendido da própria disposição dos incisos, o atendimento no mesmo município é preferencial, ainda que por prestador não integrante da rede assistencial da operadora do plano de saúde.

Somente em caso de inexistência de prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município é que será devido o atendimento em município limítrofe.

O parágrafo 1º dispõe, ainda, que, “no caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes”.

Entendo, portanto, que a parte recorrente deveria ter autorizado o tratamento da autora em prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município, de modo que abusiva a negativa de custeio.

Ademais, com a devida vênia, diversamente do eminente Relator, penso que não se trata de escolha “conforme sua exclusiva conveniência”.

Deveria a parte recorrente ter indicado prestador não credenciado no Município da autora para o atendimento, cujo pagamento se daria “mediante acordo entre as partes”, isto é, entre a operadora e o prestador de serviço.

Tendo descumprido o disposto acima, o artigo 9º da RN nº 259/11 da ANS prevê que, “caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte”:

“Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (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 co-participação, 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 reembolsa-lo integralmente.”

Nesse contexto, não sendo o plano da autora de livre escolha de prestadores e existindo prestador de serviço não credenciado no município da autora, impositivo o reembolso integral das despesas realizadas, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso.

Outrossim, como já destacado, somente na hipótese de inexistência de prestador no município pertencente à área geográfica de abrangência ou à área de atuação é que será cabível o atendimento em, sucessivamente, 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 da qual faz parte o município.

É o que se depreende da leitura dos artigos 4º, § 2º, 5º, caput e §§, e 6º da RN nº 259/11 da ANS, que estabelecem, sucessivamente, a necessidade de garantir a assistência médica i) no município demandado pertencente à área geográfica de abrangência, ainda que não seja integrante da rede assistencial; ii) no município limítrofe, com prestador integrante ou não da rede assistencial; iii) no município da região de saúde, com prestador integrante ou não da rede assistencial; ou iv) mediante transporte a um prestador apto a realizar o atendimento, com retorno à origem, em caso 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 da qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto:

“Art. 4º Na hipótese de 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, a operadora deverá garantir o atendimento em:

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, 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.

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

Superior Tribunal de Justiça

devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV 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.”

“Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.”

Ainda que assim não o fosse, isto é, ainda que satisfizesse a obrigação do plano o oferecimento do tratamento de que a parte autora necessita em município limítrofe, o Município de Santo André, único limítrofe, dista 78,3km de Mogi das Cruzes, segundo informação do Google Maps, que, de carro, são percorridos em 1 hora e 18 minutos.

Considerando ida e volta, são 2 horas e 36 minutos que a parte autora precisaria despendar toda vez que necessitasse se consultar, realizar exames e, ainda mais sensível, fazer o tratamento para câncer, o qual, como é notório e sabido, além de extremamente desgastante, demanda múltiplas sessões de quimioterapia e radioterapia.

Isso sem considerar a situação particular da ora recorrida, como bem mencionado pelo Ministro Buzzi, que “demonstrou nos autos deter dificuldades sérias em relação a longos deslocamentos de automóvel”, segundo destacado pelas instâncias de origem (fl. 393).

Apesar de desnecessário, visto que devida a cobertura no município de sua residência, menciono a condição psiquiátrica da parte autora que impede o seu tratamento em município limítrofe.

Transcrevo trecho pertinente da petição inicial, cujas alegações foram consideradas devidamente comprovadas pelas instâncias de origem (fls. 5/6):

“A informação sempre prestada pela Ré é de que a Autora deveria se deslocar até São Paulo - Capital visando obter atendimento, e neste ponto devemos esclarecer outro grave problema da Autora. Em 04 de fevereiro de 1984 a Autora e sua família, composta por esposo e 3 filhos estavam de deslocando de carro para São Paulo, quando sofreram um grave acidente, o qual levou a morte os

3(três) filhos da Autora.

A Autora que permaneceu hospitalizada por meses, apenas soube do falecimento de seus filhos meses depois quando recobrou a consciência.

Devido a esta tragédia que atingiu a Autora, a mesma desenvolveu uma séria depressão e síndrome do pânico, a qual embora em tratamento já há muitos anos, a impede de se locomover em estradas, e principalmente de ir até São Paulo, destino para onde a Autora nunca mais foi após o fato acima narrado.

É preciso entender que para a Autora é IMPOSSIVEL se deslocar para cidade de São Paulo na busca de tratamento para seu câncer, pois, seus problemas psicológicos a impedem, e mais certamente este deslocamento deveria ocorrer diversas vezes, para exames e sessões de radioterapia e quimioterapia.

A situação então é que a Autora está simplesmente abandonada a sua própria sorte, pois, não conta mais com médicos e clínicas conveniadas ao plano de saúde Réu, não tem condições de se deslocar até São Paulo, e seu tratamento não pode esperar.”

Nos termos da manifestação da ANS, o “redimensionamento por redução e a substituição de entidade hospitalar” na rede credenciada deve se dar à luz do artigo 17 da Lei nº 9.656/98, isto é, mediante comunicação, em caso de substituição, ou autorização, em caso de redução, mas, **sempre**, precedida de efetiva comunicação aos seus beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência, o que não ocorreu na hipótese em análise.

Confira-se a passagem ora destacada (fls. 1018/1019):

“IV. d) Do redimensionamento por redução e a substituição de entidade hospitalar

Outro ponto que também foi alvo de questionamento diz respeito às regras normativas que regulam a mudança da rede de prestadores de serviços assistenciais.

A Gerência de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais enfrentou este tema no DESPACHO N. 285/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, do qual se colhe o seguinte:

"2. No que diz respeito à rede assistencial da operadora Centro Trasmontano, registro ANS 303623, esclarecemos que constam, nesta data, 831 prestadores, no estado de São

Paulo,(...) informados na ANS. Destes, 58 são hospitais (...). No município de Mogi das Cruzes constam 2 prestadores hospitalares.

3. No que se refere às alterações na rede assistencial hospitalar da operadora, o artigo 17 da Lei 9.656/98 previu esta possibilidade através de dois mecanismos: o redimensionamento por redução e a substituição de entidade hospitalar, conforme abaixo transcrito:

“Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. [...]

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I -nome da entidade a ser excluída;

II -capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III -impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

IV -justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.” (grifamos)

4. Em consonância com o art. 17 caput e parágrafo 4º da lei 9.656/98, informamos, respectivamente, que a substituição dos prestadores hospitalares é comunicada à ANS, não precisando de autorização, e que a exclusão de prestadores hospitalares da rede dos planos de saúde é solicitada a ANS, devendo a operadora observar as

regras previstas no art. 17 da Lei nº 9.656/1998. Toda e qualquer alteração da rede hospitalar deve ser comunicada de forma efetiva aos seus beneficiários.

5. A ANS entende que a forma mais adequada de se definir se uma rede é suficiente para o atendimento de seus beneficiários, a fim de avaliar se o serviço está sendo efetivamente prestado e de forma oportuna é avaliando a garantia do acesso à rede assistencial por parte dos beneficiários.

6. As operadoras de planos de saúde são obrigadas a oferecer todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitando-se os casos de Diretrizes de Utilização –DUT, carências e CPT, quando houver, para atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto, dentro dos prazos definidos pela ANS, não sendo permitida a negativa de cobertura assistencial.

7. Esclarecemos que “abrangência geográfica” corresponde à 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, enquanto a “área de atuação” corresponde aos municípios ou estados que compõem a área geográfica de abrangência (RN nº 85, de 2004).

8. Nesse sentido, a operadora deverá garantir o atendimento no município onde o beneficiário o demandar, desde que este faça parte da área de atuação do plano. Caso não seja possível o atendimento neste município, deverão ser observadas as regras sobre garantia e prazos para atendimento nas hipóteses previstas na RN nº 259, de 2011, e suas alterações.

9. Para garantir a assistência oferecida nos produtos, as operadoras devem formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratualizada, compatível com a demanda e com a área de abrangência do plano, respeitando o que foi contratado, sendo imputada à operadora a responsabilidade por eventuais falhas na formação desta rede.

10. A estipulação de prazos máximos para atendimento pela RN nº 259, de 2011, veio acompanhada de uma clara preocupação

desta Agência com o incremento do tratamento a ser dispensado aos beneficiários pelas operadoras, em especial no que diz respeito à prestação oportuna e com qualidade da assistência à saúde.

Estes, portanto, são os traços distintivos entre os citados institutos do redimensionamento por redução e a substituição de entidade hospitalar, sendo certo que a atuação da ANS se dará, sempre respeitando a autonomia privada, com um grau maior de interferência na primeira hipótese, na medida em que a redução da rede hospitalar poderá provocar um impacto mais acentuado na oferta de serviços assistenciais, o que, em tese, não se espera que ocorra com a mera substituição do prestador de serviço por congêneres considerado, segundo o texto legal, como "equivalente." (grifos não constantes do original)

Dessa forma, seja em razão da primazia do atendimento no município pertencente à área geográfica de abrangência, ainda que por prestador não integrante da rede credenciada, seja em virtude da não indicação pela operadora de prestador junto ao qual tenha firmado acordo, bem como diante da impossibilidade de a parte autora se locomover a município limítrofe (cuja conclusão, conseqüentemente, aplica-se ao Município de São Paulo, não limítrofe e ainda mais distante), entendo devido o reembolso integral das despesas realizadas, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, conforme previsão expressa do artigo 9º da RN nº 259/11 da ANS.

Ressalto que a solução conferida ao caso pelo acórdão recorrido, corroborada pelo presente voto, não implica violação ao artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/98, exigindo-se unicamente a subsunção adequada das particularidades delineadas nas instâncias de origem à normativa contida na RN nº 259/11 da ANS, ato editado no uso da competência prevista no art. 10º, §4º, da mesma lei.

O plano de saúde réu descumpriu a obrigação de propiciar o necessário atendimento à autora em seu domicílio de residência, no qual havia profissional habilitado para tanto, embora não credenciado, e, portanto, deverá reembolsar integralmente os custos havidos, nos termos do artigo 9º da RN nº 259/11 da ANS.

Por fim, prossigo na análise do fato novo informado pela ANS no despacho DESPACHO N. 285/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, que indicou a existência de 2 (dois) prestadores hospitalares em Mogi das Cruzes.

Não é demais lembrar que a solução proposta é vinculada às premissas e

circunstâncias estabelecidas pelas instâncias de origem.

Não há impedimento, contudo, para que a situação se altere, em razão de credenciamento de prestador habilitado ao tratamento da parte autora ou indicação de prestador não pertencente à rede assistencial, que a operadora prefira em vez daquele já utilizado pela parte recorrida, visto que, como pontuado pelo Ministro Luís Felipe Salomão, não se trata de garantir o atendimento em prestador conforme sua exclusiva conveniência, mas sim de atendimento satisfatório em seu município, nos estritos termos da Lei nº 9.656/98 e da RN nº 259/11 da ANS.

Considero que tal regramento foi observado pelo magistrado de primeiro grau, com exceção do prazo de 72 horas para reembolso, cujo entendimento foi mantido pelo Tribunal de origem.

Transcrevo novamente trecho final da fundamentação da sentença e o respectivo dispositivo (fls. 395/396):

“Deve, por fim, a ré ser condenada na obrigação de garantir à autora atendimento no município de Mogi das Cruzes, para qualquer necessidade que esteja abrangida pela cobertura do plano de saúde contratado (e desde que haja profissionais disponíveis neste município, ainda que não credenciados).

Desde que não haja profissionais credenciados pela ré neste município, poderá a autora realizar os procedimentos (incluindo-se consultas, exames e tudo o que constar da cobertura contratual) e requerer o reembolso integral dos valores despendidos à ré, que deverá realizar o pagamento no prazo de 72 (setenta e duas) horas diretamente à autora, sob pena de multa no mesmo valor do ressarcimento requerido pela autora.

Poderá a ré indicar à autora profissionais que prestem serviços neste município de Mogi das Cruzes, de forma que estará isento da obrigação de reembolso dos custos em relação aos procedimentos que digam respeito àquela especialidade.”

A execução em relação a eventuais descumprimentos por parte da ré deverá ser feita nos moldes do artigo 475-E do Código de Processo Civil.

Ante o exposto, julgo procedentes, nos termos do artigo 269, I, do Código de Processo Civil, os pedidos formulados por AGNES SCAZZIOTA ALVES contra CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO, para confirmar a antecipação de tutela concedida

Superior Tribunal de Justiça

inicialmente e condenar a ré ao ressarcimento dos valores apontados nos documentos de folhas 289, 367 e 368, tendo já realizado o depósito nos autos em relação a estes valores; para condenar a ré ao ressarcimento dos valores despendidos pela autora e comprovados por meio dos documentos de folhas 98, 99 e 101, corrigidos monetariamente desde o desembolso e contando juros de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação da ré; e para condenar a ré na obrigação de garantir à autora o atendimento no município de Mogi das Cruzes, para qualquer necessidade que esteja abrangida pela cobertura do plano de saúde contratado (e desde que haja profissionais disponíveis neste município, ainda que não credenciados), nos termos da fundamentação acima.

Em relação aos custos comprovados pelos documentos de folhas 289, 367 e 368 e em linha com a decisão antecipatória, deve a autora ser autorizada ao levantamento dos valores depositados nos autos.

Condeno a ré ao pagamento das custas processuais e dos honorários devidos aos patronos da autora, os quais arbitro, em atenção ao artigo 20, § 4º, do Código de Processo Civil, em R\$ 3.000,00 (três mil reais), que deverão ser atualizados monetariamente desde a data de prolação desta sentença e contar juros de 1% (um por cento) ao mês a partir do efetivo inadimplemento". (grifos não constantes do original)

Assim, ultrapassada a fase de conhecimento do recurso especial, no julgamento da causa, o único reparo a ser feito ao dispositivo da sentença diz respeito ao prazo de 72 horas para reembolso, o qual deve ser feito no prazo de 30 dias a contar da solicitação, conforme o disposto no artigo 9º da RN nº 259/11 da ANS.

Por último, passo à análise das demais alegações de violação à lei federal contidas no recurso especial, visto que consideradas prejudicadas pelo Ministro Relator, em razão do acolhimento dos fundamentos de mérito.

No tocante às alegações de ofensa ao artigo 1.022, II, do CPC, por suposta omissão e contradição quanto à obrigatoriedade de custeio em rede não credenciada, verifico que essas não merecem prosperar.

Com efeito, os argumentos do recorrente foram expressamente afastados pelo Tribunal de origem, conforme já minuciosamente demonstrado acima, de modo que não configura omissão ou negativa de prestação jurisdicional o fato de o acórdão ter sido proferido em sentido contrário ao desejado pelo recorrente.

Em relação às supostas contrariedades aos artigos 369, 370 e 373, I, do

Superior Tribunal de Justiça

CPC, pois o julgamento antecipado da lide teria implicado cerceamento de defesa da ora recorrente, entendo que igualmente não merecem guarida.

Isso porque todas pretendem rediscutir a justiça da técnica da decisão do acórdão recorrido. Como sabido, o julgador é o destinatário das provas, cabendo a ele decidir de forma soberana a formar seu convencimento.

No caso em debate, observo que o Tribunal de origem consignou expressamente que estavam presentes “elementos suficientes para a formação da convicção do juízo do feito” (fl. 468), de modo que o acolhimento das razões do especial esbarraria no óbice contido na Súmula nº 7, desta Corte.

Ademais, as provas testemunhal e pericial requeridas para averiguar “tecnicamente a extensão da patologia que a acomete, a ponto de não lhe ser possível o deslocamento de alguns quilômetros” (fl. 546) não se prestam para solucionar o cerne da controvérsia, qual seja, a inexistência de prestador credenciado ou indicado pela operadora no município demandado, fatos esses que podem ser demonstrados exclusivamente por prova documental.

A respeito da suscitada negativa de vigência ao artigo 10, I, da Lei nº 9.656/98, referente a tratamento experimental, saliento que, além de não ter sido objeto de prequestionamento, o que atrai o óbice contido na Súmula nº 211/STJ, é matéria estranha à debatida nos autos, de modo que igualmente incide a Súmula nº 284, do Supremo Tribunal Federal, visto que a deficiência na fundamentação do recurso não permitiu a exata compreensão da controvérsia.

Em face do exposto, com a devida vênia, dou parcial provimento ao recurso especial, em menor extensão do que o voto do Ministro Marco Buzzi, apenas para que o prazo para reembolso, na hipótese de descumprimento da obrigação de assegurar o atendimento médico no município, seja o previsto no ato normativo da ANS, atualmente no art. 9º da RN nº 259/11, a saber, 30 dias.

É como voto.

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2019/0234721-8 PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.475 / SP

Número Origem: 10010925820158260361

PAUTA: 16/08/2022

JULGADO: 27/09/2022
SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Relator para Acórdão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO BUZZI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **RAUL ARAÚJO**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **MARCELO ANTÔNIO MUSCOGLIATI**

Secretária

Dra. **TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : C T DE S P
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS E OUTRO(S) - SP141750
RECORRIDO : A S A
ADVOGADO : REGIANE ANDRADE MUNHOZ MARQUES (ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA) -
SP198559
INTERES. : I B DE A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : ANA RITA DOS REIS PETRAROLI - SP130291
ANA RITA DOS REIS PETRAROLI E OUTRO(S) - DF064006
INTERES. : SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : U - U N DAS I DE A E S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP076996
SILVIA ELENA MELLO S DE OLIVEIRA E SILVA - SP086920
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA E OUTRO(S) - SP181164
EDY GONÇALVES PEREIRA - SP167404
EMERSON MOISES DANTAS DE MEDEIROS - SP275295
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : A DE D DOS U S P S DE S - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA E OUTRO(S) - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA E OUTRO(S) - PE028318
INTERES. : C N DAS E DE S GP P E V S S E C - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M
INTERES. : F N DE S S - F - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM E OUTRO(S) - DF058607
RAFAEL LORENZO FERNANDEZ KOATZ - DF046142
ANDRÉ RODRIGUES CYRINO - DF058605

Superior Tribunal de Justiça

ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
MATEUS NUNES DOS SANTOS FERREIRA DIAS - RJ217476
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : ANDRE GUSTAVO BEZERRA E MOTA - DF015732
INTERES. : A B DE M DE G - A - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : NATHALIA CORREIA POMPEU - SP298298
ANA PAULA GALO ALONSO - SP331718
LAÍS SANTOS DE ABREU - SP394410

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Após o voto-vista da Ministra Maria Isabel Gallotti dando parcial provimento ao recurso especial, em menor extensão, e a adequação do voto do Ministro Marco Buzzi no mesmo sentido, e o voto do Ministro Antonio Carlos Ferreira acompanhando a divergência, a Quarta Turma, por maioria, deu parcial provimento ao recurso especial, nos termos do voto divergente do Ministro Marco Buzzi, que lavrará o acórdão. Vencido o relator.

Votaram com o Sr. Ministro Marco Buzzi (Presidente) os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti e Antonio Carlos Ferreira.