AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.452.124 - SP (2019/0022699-9)

RELATORA	**:**	**MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**
AGRAVANTE	:	NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A
ADVOGADO	:	YOON HWAN YOO - SP216796
AGRAVADO	:	A I B DA S (MENOR)
REPR. POR	:	A M B F DA S
REPR. POR	:	CRISTIANO MESSIAS DA SILVA

DECISÃO

Trata-se de agravo interposto contra decisão que inadmitiu recurso especial, impugnando acórdão assim ementado:

> APELAÇÃO – Obrigação de fazer – Autora, portadora de "anemia Fanconi", com recomendação de transplante de medula óssea alogênico – Sentença de procedência, que condenou a ré à cobertura do tratamento realizado no Instituto da Criança - HC FMUSP – Insurgência da ré – Alegação de que não tem obrigação de responder por tratamento realizado em nosocômio que não pertence à rede credenciada – Desacolhimento – Prova documental mostra que o hospital em questão figura como credenciado – Ausência de demonstração de que a usuária foi informada sobre eventual descredenciamento – Ainda que assim não fosse, não houve demonstração de possibilidade de realização da cirurgia na rede credenciada – Custeio integral devido – recurso desprovido.

Nas razões do especial, a parte recorrente aponta violação dos arts. 186, 188 e 927 do Código Civil. Sustenta que deveria ser afastada a sua responsabilidade civil por não ter realizado o atendimento médico, afirmando que "Não há nos autos qualquer prova que demonstre a negativa na rede própria ou credenciada, apenas que os pais entenderam que o atendimento não era o adequado, buscando tratamento em nosocômio não credenciado, em que a recorrente não tem obrigação alguma de custear" (fl. 326). Alega que não praticou nenhum ato ilícito.

Argumenta que "não houve falta de disponibilização de hospitais aptos a realizar o procedimento prescrito à recorrida, deste modo, não há obrigação da operadora de cobrir todas as despesas tidas com a realização do tratamento, uma vez que não há nos autos qualquer prova que demonstre a negativa na rede própria ou credenciada, apenas que os pais entenderam que o atendimento não era o adequado, buscando tratamento em

nosocômio não credenciado, em que a recorrente não tem obrigação alguma de custear" (fl. 327).

Assim delimitada a controvérsia, passo a decidir.

O Tribunal de origem, com base nos fatos e provas dos autos, concluiu pela obrigatoriedade de reembolso das despesas realizadas, deixando consignadas as seguintes razões (fls. 314-315):

> A ré não nega a demora no início do tratamento da autora, portadora de grave patologia, atribuindo a tal fato a necessidade de se encontrar doador de medula compatível. A autora diz que foi informada que deveria aguardar sua inscrição na fila do GRAACC Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer, entidade vinculada ao SUS e que, quando surgisse uma vaga, seria transferida para tal entidade, a fim de receber os cuidados necessários (fls. 03).
> A demora no início de tratamento urgente, independentemente de seu motivo, justifica a busca da requerente por tratamento em outros nosocômios, a fim de preservar a sua vida.
> A apelante alega que o "Instituto da Criança - HC FMUSP" não é credenciado. Contudo, o documento de fl. 97 (que traz listagem referente aos planos de saúde atendidos no Instituto da Criança "lista convênios 2009") é claro em descrever o nosocômio em questão como credenciado da insurgente. E a ré não comprovou - sequer mencionou eventual descredenciamento para o atendimento em questão, o que, se ocorrido, deveria ter sido informado à autora.
> Ainda que assim não se entendesse, melhor sorte não assiste à insurgente, que se limitou a dizer que o nosocômio onde foi realizado o procedimento não integra a rede credenciada, discorrendo, ainda, genericamente sobre a validade das estipulações contratuais e necessidade de sua observância.
> A apelante não logrou demonstrar que indicou à autora a rede de hospitais referenciados aptos a efetuar o procedimento.
> Disso decorre que a escolha de hospital não credenciado para realização da cirurgia não teria se dado por simples opção da autora, mas pela necessidade de preservar sua vida, já que a ré não mostrou solução hábil para tratar da grave doença que lhe acometera.
> Assim, a falta de disponibilização de hospitais aptos a realizar o procedimento prescrito à autora, leva à obrigação da operadora de cobrir todas as despesas tidas com a realização do tratamento.

Constato que o entendimento proferido pelo Tribunal de origem está em sintonia com a jurisprudência desta Corte Superior, a qual se firmou no sentido de que o reembolso das despesas efetuadas pela internação em hospital não conveniado somente é admitido em casos excepcionais, tais como a inexistência de estabelecimento credenciado no local, a recusa do hospital conveniado de receber o paciente, a urgência da internação, entre outros.

Nesse sentido:

> AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. REEMBOLSO. ESTADO DE SAÚDE GRAVE. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL CONFIGURADA. INVIÁVEL MODIFICAR AS CONCLUSÕES DO ACÓRDÃO RECORRIDO. SÚMULA 7/STJ. REEMBOLSO LIMITADO, NO MÍNIMO, AOS PREÇOS DO PRODUTO CONTRATADO À ÉPOCA DO EVENTO. DEVER LEGAL. INTELIGÊNCIA DO ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.
> 1. Excepcionalmente, nos casos de urgência e emergência, em que não se afigurar possível a utilização dos serviços médicos, próprios, credenciados ou conveniados, a empresa de plano de saúde, mediante reembolso, responsabiliza-se pelos custos e despesas médicas expendidos pelo contratante em tais condições.
> [...]
> (AgInt no AREsp 986.571/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 09/03/2017, DJe 16/03/2017.)

> CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PLEITO DE REEMBOLSO INTEGRAL DAS DESPESAS HAVIDAS COM TRATAMENTO MÉDICO EM CLÍNICA NÃO CONVENIADA. LIMITAÇÃO FIRMADA NO CONTRATO. HIPÓTESE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NÃO CONFIGURADAS. REFORMA DO JULGADO. NECESSIDADE DE REEXAME DO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO E DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS. ÓBICES DAS SÚMULAS NºS 5 E 7 DO STJ. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. NÃO DEMONSTRAÇÃO. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO CPC/73. DECISÃO

MANTIDA.

1. A jurisprudência desta Corte é assente de que, nos termos do art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98, o reembolso de despesas realizadas pelo beneficiário do plano de saúde com internação em clínica não conveniada apenas é admitido em casos excepcionais - situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada.

(...) 7. Agravo regimental não provido. (AgRg no REsp 1504979/RJ, Rel. Min. Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 05/05/2016, DJe 13/05/2016.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO (ART. 1.042 DO CPC/15) - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA PARTE RÉ.

1. A questão relativa à limitação contratual de cobertura de tratamento foi solucionada pela Corte de origem também à luz de fundamento constitucional não impugnado pela via processual adequada (Súmula 126/STJ).

2. A Corte estadual adotou entendimento consoante à jurisprudência do STJ, no sentido de que, apenas excepcionalmente, nos casos de urgência e emergência, afigura-se possível o reembolso das despesas efetuadas em rede não credenciada. Incidência da Súmula 83 de STJ.

3. O Tribunal de origem, após a análise dos elementos fático-probatórios dos autos e do contrato entabulado entre as partes, concluiu que o reembolso das despesas médicas realizadas fora da rede credenciada era indevido. A revisão de tal entendimento não é possível em sede de recurso especial, pois esbarra nos óbices das Súmulas 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça.

4. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1097324/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 17/04/2018, DJe 25/04/2018.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA FORA DA REDE CREDENCIADA. IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DOS EXAMES E TRATAMENTOS NECESSÁRIOS NA ÁREA GEOGRÁFICA DO PLANO. DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE. REEMBOLSO. LIMITAÇÃO. PREÇOS E TABELAS

> EFETIVAMENTE CONTRATADOS COM O PLANO DE SAÚDE.
> 1. Em casos de urgência e emergência, em que não seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, a operadora do plano de saúde responsabiliza-se pelo custeio das despesas de assistência médica realizadas pelo beneficiário, mediante reembolso.
> 2. O reembolso, nessas circunstâncias, é limitado aos preços e tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde, à luz do art. 12, VI, da Lei 9.656/98, não sendo abusiva cláusula contratual que preveja tal restrição.
> 3. Agravo interno a que se nega provimento.
> (AgInt no AgRg no REsp 1567310/MS, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 05/12/2017, DJe 12/12/2017.)

Ademais, a Corte estadual, após acurada análise do acervo probatório carreado aos autos, consignou pela necessidade de internação da paciente em hospital não credenciado ao plano de saúde, tendo em vista a situação de emergência vivida (Autora, portadora de "anemia Fanconi", com recomendação de transplante de medula óssea alogênico).

Nesse sentido, para afastar a configurada a situação de excepcionalidade para reembolso das despesas efetuadas em hospital de rede não credenciada ao plano de saúde, no presente caso, seria imprescindível a incursão na seara probatória, o que não é permitido nesta instância extraordinária, conforme dispõe a Súmula 7/STJ.

A propósito:

> AGRAVO INTERNO NO AGRAVO (ART. 544 DO CPC/73) - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO - PLANO DE SAÚDE - REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES - DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA DA AUTORA.
> [...].
> 3. Para aferir, no caso, o preenchimento dos requisitos necessários para o reembolso das despesas médico-hospitalares, seria necessário o exame de fatos, bem como de cláusulas contratuais, providência

> vedada nesta esfera recursal pelos enunciados 5 e 7 da súmula desta Casa.
> [...].
> 6. Agravo interno desprovido.
> (AgInt no AREsp 943.700/DF, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 01/06/2017, DJe 12/06/2017.)
>
> PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO EM ESTABELECIMENTO NÃO CONVENIADO. PROCEDIMENTO EMERGENCIAL. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N. 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA.
> [...].
> 3. No caso concreto, o Tribunal de origem concluiu pelo caráter emergencial do procedimento realizado e pela existência de danos de ordem extrapatrimonial. Alterar esse entendimento demandaria a reavaliação das cláusulas contratuais e o reexame das provas produzidas nos autos, o que é vedado em recurso especial.
> [...].
> 5. Agravo regimental a que se nega provimento.
> (AgRg no AREsp 751.185/ES, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 20/10/2015, DJe 28/10/2015.)

Em face do exposto, nego provimento ao agravo.

Nos termos do art. 85, § 11, do Código de Processo Civil de 2015, majoro em 10% (dez por cento) a quantia já arbitrada a título de honorários em favor da parte recorrida, observando-se os limites dos §§ 2º e 3º do mesmo artigo.

Intimem-se.

Brasília (DF), 15 de abril de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora