

**AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.602.571 - SP
(2019/0309154-0)**

RELATOR : MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE
AGRAVANTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A
ADVOGADOS : EDUARDO MONTENEGRO DOTTA - SP155456
DANILO LACERDA DE SOUZA FERREIRA - SP272633
AGRAVADO : HUGO SARAVES OLIVEIRA
ADVOGADO : ALBERTO TIBÉRIO RIBEIRO NETO - SP303275

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO DE BENEFICIÁRIO EM CLÍNICA NÃO CREDENCIADA. REEMBOLSO DE VALORES. LIMITAÇÃO. OBSERVÂNCIA DOS LIMITES PREVISTOS NO CONTRATO. INTELIGÊNCIA DO ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/98. ACÓRDÃO EM HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO CONHECIDO, EM JUÍZO DE RECONSIDERAÇÃO PARA NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL.

DECISÃO

Cuida-se de agravo interno interposto por NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A. contra a decisão proferida pela Presidência desta Corte, que não conheceu do agravo em recurso especial, com base no art. 21-E, inciso V, do Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça, haja vista a ausência de impugnação ao fundamento da decisão agravada (fls. 593-594).

O aludido apelo extremo foi deduzido com base no art. 105, III, c, da Constituição Federal, em desafio a acórdão prolatado pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo assim ementado (e-STJ, fl. 530):

ACÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER PROPOSTA CONTRA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. PRETENSÃO DE COBERTURA INTEGRAL PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. INADMISSIBILIDADE. LEGALIDADE DA COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO APÓS O TRIGÉSIMO DIA DO TRATAMENTO. MEDIDA PREVISTA NO ARTIGO 16, VIII, DA LEI Nº 9.656/98). HIPÓTESE QUE NÃO SE CONFUNDE COM LIMITAÇÃO TEMPORAL DE INTERNAÇÃO. PRECEDENTES DA CORTE SUPERIOR E DESTE EGRÉGIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA. DEVER DE COBERTURA PARCIAL, NOS LIMITES DO CONTRATO. SENTENÇA REFORMADA PARCIALMENTE. RECURSO PROVIDO EM PARTE.

Nas razões do recurso especial (fls. 540-549, e-STJ), fundado em dissídio jurisprudencial, a recorrente alegou que o acórdão impugnado incorreu em violação dos arts. 421 e 422 do Código Civil de 2002.

Sustentou, em suma, ser indevida sua condenação ao pagamento de tratamento realizado fora de sua rede credenciada, em violação ao contrato celebrado entre as partes, bem como não haver abusividade em sua conduta de negativa de cobertura ao tratamento pleiteado pelo recorrido.

O recurso especial foi inadmitido no Tribunal de origem (e-STJ, fls. 574-575) ante a ausência de demonstração do dissenso jurisprudencial nos termos exigidos pelo art. 1.029 do CPC/2015.

No agravo contra a decisão que inadmitiu o recurso especial (e-STJ, fls. 578-585), a agravante refutou o retrocitado óbice de admissibilidade.

Sem contraminuta, conforme certificado à fl. 586 (e-STJ).

O feito ascendeu ao Superior Tribunal de Justiça. Entretanto, a Presidência desta Corte, por decisão monocrática, não conheceu do agravo em recurso especial (e-STJ, fls. 593-594), uma vez que a recorrente não impugnou o fundamento da decisão de inadmissibilidade, em desrespeito ao preconizado no art. 932, III, do CPC/2015, ensejando a aplicação da Súmula n. 182/STJ.

Daí o presente agravo interno (e-STJ, fls. 597-604), por meio do qual defende a insurgente a inaplicabilidade do óbice apontado para o não conhecimento do agravo em recurso especial, afirmando ter impugnado o fundamento da decisão de inadmissibilidade no agravo apresentado.

Pleiteia, ao final, a reconsideração da decisão agravada ou a submissão do agravo interno ao Colegiado.

Sem impugnação, conforme certificado à fl. 607 (e-STJ).

Brevemente relatado, decido.

No caso, observa-se que a decisão do TJRJ que negou seguimento ao recurso especial foi impugnada pela agravante, ainda que sucintamente, motivo pelo qual,

com base no art. 259 do RISTJ, reconsidero a decisão agravada, tendo em vista a inaplicabilidade da Súmula 182 do STJ, a fim de proceder ao exame do agravo em recurso especial. Desse modo, passo ao exame do mérito recursal.

De início, verifica-se que o recurso foi interposto na vigência do novo Código de Processo Civil. Sendo assim, sua análise obedecerá ao regramento nele previsto. Portanto, aplica-se, na hipótese, o Enunciado Administrativo n. 3, aprovado pelo Plenário desta Casa em 9/3/2016, segundo o qual "aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC".

Com efeito, a jurisprudência desta Corte firmou-se no sentido de ser devido ao consumidor o reembolso das despesas efetuadas pela internação em hospital não conveniado, ainda que não se trate de situação de urgência ou emergência, desde que respeitados, quanto aos valores, os limites previstos no contrato.

Confira-se:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. HOSPITAL PRIVADO NÃO CREDENCIADO. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. AUSÊNCIA. RESSARCIMENTO DEVIDO, LIMITADO AO MONTANTE ESTABELECIDO CONTRATUALMENTE EM TABELA. MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO ATUARIAL. PRESERVAÇÃO DA BOA-FÉ. PROTEÇÃO DA CONFIANÇA.

1. Ação ajuizada em 28/9/2012. Recurso especial interposto em 30/6/2016. Autos conclusos ao Gabinete do Relator em 18/6/2018.
2. O propósito recursal é definir se é cabível o reembolso de despesas, efetuadas por beneficiário de plano de saúde em estabelecimento não contratado, credenciado ou referenciado pela operadora, em situação não caracterizada como caso de urgência ou emergência.
3. O comando do art. 12, VI, da Lei 9.656/98 dispõe, como regra, que o reembolso de despesas médicas em estabelecimentos não contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras está limitado às hipóteses de urgência ou emergência.
4. Todavia, a exegese desse dispositivo que mais se coaduna com os princípios da boa-fé e da proteção da confiança nas relações privadas - sobretudo considerando a decisão do STF, em repercussão geral (Tema 345), acerca do ressarcimento devido ao SUS pelos planos de saúde - é aquela que permite que o beneficiário seja reembolsado quando, mesmo não se tratando de caso de urgência ou emergência, optar pelo atendimento em estabelecimento não contratado, credenciado ou referenciado pela operadora, respeitados os limites estabelecidos contratualmente.

5. Esse entendimento respeita, a um só tempo, o equilíbrio atuarial das operadoras de plano de saúde e o interesse do beneficiário, que escolhe hospital não integrante da rede credenciada de seu plano de saúde e, por conta disso, terá de arcar com o excedente da tabela de reembolso prevista no contrato.

6. Tal solução reveste-se de razoabilidade, não impondo desvantagem exagerada à recorrente, pois a suposta exorbitância de valores despendidos pelos recorridos na utilização dos serviços prestados por médico de referência em seu segmento profissional será suportada por eles, dado que o reembolso está limitado ao valor da tabela do plano de saúde contratado.

RECURSO ESPECIAL NÃO PROVIDO, COM MAJORAÇÃO DE HONORÁRIOS (REsp n. 1.760.955/SP, Relatora para o acórdão a Ministra Nancy Andrighi, DJe 30/8/19)

Outrossim, em relação à extensão do reembolso, esta Corte já se pronunciou acerca do tema no REsp n. 1.286.133/MG, desta relatoria, no sentido de que a responsabilidade das empresas de plano de saúde é limitada, em princípio, aos preços praticados pelo produto contratado.

Nesse sentido:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DESTINADA À OBTENÇÃO DE REEMBOLSO PELAS DESPESAS MÉDICAS EXPENDIDAS EM HOSPITAL E EQUIPE MÉDICA NÃO CREDENCIADOS/CONVENIADOS, EM VIRTUDE DE ACIDENTE AÉREO. 1. TRATAMENTO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA. DEVER LEGAL DE REEMBOLSO, LIMITADO, NO MÍNIMO, AOS PREÇOS DO PRODUTO CONTRATADO À ÉPOCA DO EVENTO. DEVER LEGAL. INTELIGÊNCIA DO ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/98. HOSPITAL DE ALTO CUSTO. IRRELEVÂNCIA. PROSSEGUIMENTO DO TRATAMENTO MÉDICO, APÓS ALTA HOSPITALAR E CESSAÇÃO DA SITUAÇÃO EMERGENCIAL, NO HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. COBERTURA. EXCLUSÃO. 2. PRETENSÃO DE ANULAR A DECLARAÇÃO DE QUITAÇÃO, ASSINADA PELO RECORRENTE, ENTÃO CURATELADO. IRRELEVÂNCIA DA QUESTÃO. RECONHECIMENTO. CURATELA REQUERIDA POR ENFERMO, NOS TERMOS DO ART. 1.780 DO CÓDIGO CIVIL, QUE NÃO PRESSUPÕE, NECESSARIAMENTE, A PERDA DE DISCERNIMENTO DO CURATELADO E, POR CONSEQUENTE, A COMPLETA INCAPACIDADE PARA OS ATOS CIVIS. RECURSO IMPROVIDO.

1. O contrato de plano de assistência à saúde, por definição, tem por objeto propiciar, mediante o pagamento de um preço, a cobertura de custos de tratamento médico e atendimentos médico, hospitalar e laboratorial perante profissionais e rede de hospitais e laboratórios próprios ou credenciados. A estipulação contratual que vincula a cobertura contratada aos médicos e hospitais de sua rede ou

conveniados é inerente a esta espécie contratual e, como tal, não encerra, em si, qualquer abusividade. Aliás, o sinalagma deste contrato está justamente no rol de diferentes níveis de qualificação de profissionais, hospitais e laboratórios próprios ou credenciados postos à disposição do consumidor, devidamente especificados no contrato, o qual será determinante para definir o valor da contraprestação a ser assumida pelo aderente. Por consectário, quanto maior a quantidade de profissionais e hospitais renomados, maior será a prestação periódica expendida pelo consumidor, decorrência lógica, ressalta-se, dos contratos bilaterais sinalagmáticos.

1.1 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, **limitada, no mínimo, aos preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.**

1.2 Afigura-se absolutamente eivada de nulidade a disposição contratual que excepciona o dever de reembolsar, mesmo nos casos de urgência ou de emergência, as despesas médicas efetuadas em hospital de tabela própria (compreendido como de alto custo). **A lei de regência não restringe o reembolso nessas condições (de urgência ou emergência), levando-se em conta o padrão do hospital em que o atendimento/tratamento fora efetuado, até porque, como visto, a responsabilidade é limitada, em princípio, justamente aos preços praticados pelo produto contratado.**

1.3 Na espécie, em que pese a nulidade da estipulação contratual acima destacada, a recorrida, em estrita observância à lei de regência e não por mera liberalidade como chegou a argumentar e as instâncias precedentes, de certo modo, a reconhecer procedeu ao reembolso, no limite dos preços do respectivo produto, à época do evento, como seria de rigor.

1.4 O tratamento médico percebido pelos demandantes no Hospital de alto custo, com renomada e especializada equipe médica, após a alta hospitalar e, portanto, quando não mais presente a situação de emergência ou de urgência do atendimento/tratamento, ainda que indiscutivelmente importante e necessário a sua recuperação, não se encontrava, nos termos legitimamente ajustados, coberto pelo plano de assistência à saúde em comento. Improcede, por conseguinte, a pretensão de ressarcimento da totalidade da despesas expendidas.

(...)

4. Recurso especial improvido (REsp 1.286.133/MG, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 05/04/2016, DJe 11/04/2016, sem grifo no original)

A propósito, assentou a Quarta Turma:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

REALIZADO POR HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. AÇÃO DECLARATÓRIA DE INEXIGIBILIDADE DA CAUÇÃO DADA POR FAMILIARES DA USUÁRIA JULGADA PROCEDENTE. PRETENSÃO ARTICULADA PELO HOSPITAL PERANTE O PLANO DE SAÚDE. PAGAMENTO INTEGRAL DAS DESPESAS PELA OPERADORA. DESCABIMENTO. RESPONSABILIDADE LIMITADA PELO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE FIRMADO COM A USUÁRIA. PREÇOS PREVISTOS EM TABELA. AGRAVO IMPROVIDO.

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. A obrigação, nessas circunstâncias, é, portanto, limitada aos preços e tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde, à luz do art. 12, VI, da Lei 9.656/98. A diferença entre os respectivos valores deve ser buscada perante o próprio usuário ou os responsáveis.

2. Não obstante se reconheça o direito do Hospital ao ressarcimento integral das despesas decorrentes do atendimento médico de urgência prestado à paciente, observa-se que, no caso, a pretensão recursal, voltada exclusivamente contra a operadora do plano de saúde, esbarra nos limites da responsabilidade contratual desta em caso de reembolso de despesas dos usuários.

3. Agravo interno a que se nega provimento (AgInt no AREsp 547.322/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 21/03/2019, DJe 02/04/2019)

Sobre a questão, o Tribunal de origem deu parcial provimento à apelação da ora recorrente, manifestando-se nos seguintes termos (fls. 532-, e-STJ, sem grifos no original):

Preservado o entendimento da Magistrada *a quo*, o recurso comporta parcial provimento.

Embora aplicável o Código de Defesa do Consumidor à hipótese, **cumpre distinguir as cláusulas contratuais que limitam no tempo a internação do paciente daquelas que tão somente impõem a coparticipação quando há necessidade de internação em caráter continuado.**

A Corte Superior firmou entendimento de que **apenas subsiste abusividade da cláusula limitadora do tempo de internação (Súmula nº 302 do E. STJ), não havendo ilegalidade na estipulação de coparticipação em internações continuadas e de duração indefinida, como ocorre na hipótese vertente.**

De fato, consoante já decidido pelo STJ, a legislação especial admite a configuração de planos de saúde com cláusula de coparticipação, desde que contratados de forma clara e expressa. *In casu*, há cláusula contratual prevendo a obrigatoriedade de participação do beneficiário após determinado período de internação (30 dias cláusula n. 8.4.4.2.1 - fl. 137); referido ajuste encontra-se em conformidade com o disposto no inciso VI I I, do art.

Superior Tribunal de Justiça

16 da Lei nº 9.656/ 98, que prevê, in verbis:

(...)

Essa estipulação (coparticipação), pelo que se depreende, é uma cautela dos planos de saúde que acabam arcando com um tratamento de alto custo, sem saber a duração do procedimento.

(...)

Vale ressaltar, ainda, que a clínica descrita na inicial não pertence à rede credenciada do plano de saúde.

A despeito de o apelante argumentar que teria procurado outras clínicas credenciadas, ele sequer não fez menção na inicial a outra clínica previamente procurada, o que induz à conclusão de que a internação na clínica particular decorreu de sua preferência pessoal.

Assentadas tais premissas, **afasta-se a pretensão de cobertura integral do tratamento, e condena-se à apelante ao custeio da internação nos limites do contrato (valores pagos aos estabelecimentos credenciados e com cobrança de coparticipação após o 30º dia de internação).**

Dessa forma, encontrando-se a decisão estadual em harmonia com a jurisprudência desta Corte, inarredável a aplicação da Súmula 83/STJ a obstar a análise do reclamo.

Diante do exposto, em juízo de reconsideração, conheço do agravo para negar provimento ao recurso especial.

Publique-se.

Brasília, 18 de março de 2020.

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator