



Tribunal de Justiça de Pernambuco Poder
Judiciário

6ª Câmara Cível - Recife

- F:(
)

Processo nº **0010416-58.2021.8.17.2001**

APELANTE: -----

APELADO: ----- REPRESENTANTE: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE
SEGURO SAÚDE

INTEIRO TEOR

Relator:

MARCIO FERNANDO DE AGUIAR SILVA

Relatório:

APELAÇÃO CÍVEL Nº: **0010416-58.2021.8.17.2001**

APELANTE: -----

APELADO: -----

JUÍZA DE DIREITO: CATARINA VILA NOVA ALVES DE LIMA (20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE
RECIFE - SEÇÃO A)

RELATOR: DES. MÁRCIO FERNANDO DE AGUIAR SILVA

RELATÓRIO

Cuida-se de Apelação Cível interposta contra decisão proferida pelo Juiz de Direito da 20ª Vara Cível da Comarca de Recife – Seção A, nos autos da **AÇÃO ORDINÁRIA**, que julgou improcedente



o pedido da inicial para cobertura do procedimento de “estimulação magnética transcraniana” (EMT) da parte autora.

Os honorários advocatícios foram fixados em 10% sobre o valor da causa.

No presente recurso, o apelante relata ter sintomas ansiosos, de pânico e depressão, devido ao uso excessivo de álcool, necessitando de acompanhamento psiquiátrico e multiprofissional regular, em regime de Hospital Dia, bem como de realização de EMT.

Afirma que a sentença não se pronunciou quanto ao pedido de tratamento em Hospital Dia psiquiátrico.

Além disso, afirma que a terapia de EMT e o internamento semi-intensivo de Hospital Dia devem ser realizados em conjunto, consoante laudo médico e pedido formulado na exordial, enquanto a rede credenciada seria inapta ao tratamento conjunto.

Destarte, conclui que, em razão de inexistir rede credenciada ao tratamento integral requerido, deve a seguradora arcar com o tratamento em rede não credenciada, além de requerer a condenação da empresa em danos morais.

Nas contrarrazões, a seguradora rebate os argumentos do apelo.

O MP opinou pelo provimento do recurso.

É o que se tinha a relatar.

Inclua-se este feito na pauta de julgamento.

Recife, data da certificação digital.

Des. Márcio Aguiar

Relator

Voto vencedor:

APELAÇÃO CÍVEL Nº: **0010416-58.2021.8.17.2001**

APELANTE: -----

APELADO: -----

JUÍZA DE DIREITO: CATARINA VILA NOVA ALVES DE LIMA (20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE - SEÇÃO A)

RELATOR: DES. MÁRCIO FERNANDO DE AGUIAR SILVA

VOTO

O juízo de admissibilidade é positivo, reunindo tempestividade e demais requisitos procedimentais, motivo pelo qual adentro ao mérito da demanda.



A celeuma gira em torno da obrigatoriedade ou não de cobertura do tratamento, em conjunto, de Hospital Dia e de estimulação magnética transcraniana – EMT da parte demandante em estabelecimento não credenciado.

No caso em tela, o autor foi diagnosticado com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (CID-10 F10) e outros transtornos ansiosos (CID-10 F41), motivo pelo qual o médico concluiu pela necessidade de acompanhamento psiquiátrico e multiprofissional regular, em regime de Hospital Dia, bem como de realização de sessões de estimulação magnética transcraniana – EMT (laudo médico de ID 22431692).

Outrossim, verifico que o laudo citado é datado de 10 de julho de 2020. A seguradora, em 14/08/2020, em resposta ao protocolo 20200811000314, indicou estabelecimentos credenciados (Grupo Recanto e Clínica Nova Aliança – Id 22431698), todavia a parte argumenta que a rede credenciada seria inapta para a realização conjunta do tratamento de internamento semi-intensivo de Hospital Dia e de EMT.

Como é cediço, a Lei nº 9.656/98 (Lei de Planos de Saúde), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, em seu art. 10, ao instituir o plano-referência de assistência à saúde, determina a cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a regra é a cobertura pela operadora das doenças prevista na Classificação Internacional de Doenças (CID), com a sua amplitude definida por normas editadas pela ANS (§4º), enquanto as exceções estão previstas nos seus incisos (I a X) [1].

Ademais, nos termos do §13, do art. 10, da Lei nº 9.656/1998, incluído pela Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022, a cobertura de tratamento deverá ser autorizada pela operadora mesmo em caso de não se encontrar listado da referência básica da ANS, quando “(I) exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou (II) existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais”.

Por outro lado, a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a custear procedimento ou terapia não listados na ANS, se existe, para a cura do paciente, alternativa eficaz, efetiva e segura já incorporada.

Nesse sentido, trato à colação precedente recente do Superior Tribunal de Justiça:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. APLICAÇÃO DE PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE RETORNO DOS AUTOS AO JUÍZO DE ORIGEM. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO. 1. Com efeito, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, em julgamento de 8/6/2022, firmou entendimento no sentido de que o rol de procedimentos e eventos em saúde complementar é, em regra, taxativo, não sendo a operadora de plano ou seguro de saúde obrigada a custear procedimento ou terapia não listados, se existe, para a cura do paciente, alternativa eficaz, efetiva e segura já incorporada (EREsp n. 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, DJe de 3/8/2022 sem grifo no original). 2. Diante da impossibilidade do reexame das cláusulas contratuais e dos demais elementos fático-probatórios, em virtude dos óbices das Súmulas 5 e 7 do STJ, necessário que os autos retornem à instância originária de modo a possibilitar o reexame dos elementos dos



autos, a fim de que se realize novo julgamento à luz da tese firmada pela Segunda Seção desta Corte Superior. 3. A Corte Especial do STJ orienta que o julgador se vincula apenas aos precedentes existentes no momento em que presta sua jurisdição. 4. Agravo interno improvido. (AgInt no REsp n. 2.059.447/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 26/6/2023, DJe de 29/6/2023).

No mesmo caminho, o Fonajus (Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde), criado em 2010 pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), para o monitoramento e a resolução das demandas de assistência à saúde, no enunciado n° 109, com redação dada em 15 de junho de 2023 na VI Jornada de Direito da Saúde, prevê:

“Solicitado procedimento ou tratamento médico não previsto no Rol da ANS, cabe verificar, além das condições legais descritas no artigo 10, § 13 da Lei n° 9.656/98: a) se existe, para o tratamento do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol da ANS; b) se não foi indeferida pela ANS a incorporação do procedimento ou tratamento; c) se há expressa exclusão regulamentar ou legal em relação ao procedimento ou tratamento solicitado; d) se há notas ou pareceres técnicos de órgãos tais como a Conitec e o NatJus que avaliaram tecnicamente a eficácia, acurácia e efetividade do plano terapêutico”.

In casu, em relação ao tratamento requerido, o Conselho Regional de Medicina, na Resolução n° 1.986/2012, reconhece a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) superficial como ato médico privativo e cientificamente válido para utilização na prática médica nacional, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas nas esquizofrenias e planejamento de neurocirurgia, afastando o seu caráter experimental em tais casos e mantendo essa condição para os demais, além de a sua eficácia científica também ter sido atestada pela agência americana U.S. Food and Drug Administration (FDA) e pelo inglês National Institute for Health an Care Excellence (NICE), ambos de renome internacional[2].

Assim, existe comprovação da eficácia do tratamento, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas.

Todavia, observo no laudo médico anexado (ID [22431692](#)) que não consta que os tratamentos já incorporados ao rol da ANS para a patologia do paciente tenham sido esgotados, a fim de que o EMT seja autorizado.

Destarte, em que pese o entendimento de possibilidade de cobertura de tratamento fora do rol da ANS, é imprescindível que, antes, exista a demonstração de que as terapias convencionais de cobertura mínima tenham sido esgotadas, o que não restou evidenciado no caso em tela.

Assim sendo, tendo em vista a não obrigatoriedade de cobertura de EMT no caso, resta apenas a análise relacionada ao tratamento de internamento semi-intensivo de Hospital Dia.

Nesse aspecto, de fato, verifico que a questão não foi analisada pelo magistrado de primeiro grau, o que não, impede, todavia, o seu prosseguimento neste momento recursal, já que a lide se encontra em condições de julgamento na forma preconizada no art. 515, §3°, do CPC (causa madura).

Quando a cobertura de tratamento psiquiátrico, especificamente o internamento semi-intensivo (Hospital Dia), restou demonstrada a necessidade, conforme laudo médico anexado, e se encontra dentro das exigências mínimas pela ANS, mostrando-se imprescindível para impedir lesões irreparáveis ao paciente, enquadrando-se, portanto, como hipótese de emergência/urgência prevista na Lei 9.656/1998 (art. 35-C, inc. I).

Em verdade, a cobertura desse tratamento é incontroversa, tanto que o próprio plano de saúde indicou dois estabelecimentos (Grupo Recanto e Clínica Nova Aliança – ID 22431698).



Por outro lado, a parte pugna na inicial por cobertura em rede não credenciada (Clínica Virtude).

Ocorre que não restou demonstrado pelo autor que o estabelecimento indicado pela empresa não tenha capacidade de atendimento da parte especificamente para o Hospital Dia, enquanto o EMT não é de cobertura obrigatória para o caso, inexistindo a obrigatoriedade de vincular o plano a disponibilizar uma clínica que possua as duas terapias, quando uma delas não é de cobertura obrigatória.

Além disso, há informação nos autos de que a clínica credenciada disponibilizaria a locomoção do paciente a outro estabelecimento para que pudesse se submeter ao tratamento de EMT.

Ressalte-se, ainda, que há laudo médico nos autos prescrevendo os tratamentos, além de projeto terapêutico na Clínica Virtude, todavia não consta que efetivamente a parte tenha se submetido ao tratamento naquela clínica a condenar a empresa ao reembolso das despesas.

Nesse ponto, importante destacar, ainda, que o contrato firmado entre as partes prevê o reembolso das despesas em rede não credenciada, conforme fórmula prevista no contrato, o qual prevê, aliás, que o valor não será inferior ao praticado pela seguradora à rede referenciada para o plano do segurado (cláusula 20.9 e seguintes).

Nesse caminho, o plano de saúde não se nega a reembolsar as despesas que porventura a parte tenha em rede não credenciada dos tratamentos obrigatoriamente cobertos, conforme a sua tabela, o que se encontra em conformidade com o art. 12, inc. VI, da Lei nº 9656/1998 (Lei de Planos de Saúde)[3], e com a jurisprudência do STJ, que orienta que é devido o reembolso em situações excepcionais, tais como: inexistência de estabelecimento credenciado no local; paciente em situação de urgência ou emergência; e impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada [4], devendo ser integral apenas na hipótese de ausência de indicação de hospital credenciado [5], o que não é o caso dos autos.

Diante do exposto, voto por **negar provimento** ao recurso do demandante, mantendo a sentença em todos os seus termos.

Por fim, majoro os honorários advocatícios de 10% para 15% (quinze por cento) sobre o valor da causa.

É como voto.

Recife, data da certificação digital.

Des. Márcio Aguiar

Relator

[1] Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; III - inseminação artificial; IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; VI fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; VII -



fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; ~~VI~~—(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

(...)

§4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação. (Redação dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

[2] <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1986>

<https://www.sbcm.org.br/v2/index.php/not%C3%ADcias/2375-cfm-reconhece-a-estimulacao-magnetica-transcranianacomo-ato-medico>

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-permits-marketing-transcranial-magnetic-stimulation-r>
e a t m e n t - o b s e s
s i v e - c o m p u l s i
v e
disorder#:~:text=Transcranial%20magnetic%20stimulation%20(TMS)%20is,certain%20migraine%20headaches%20i
n%202013.

<https://www.nice.org.uk/guidance/igp542/documents/transcranial-magnetic-stimulation-for-severe-depression-overview2>.

[3] “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;**”.

[4] AÇÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL C/C RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICAS E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. INEXISTÊNCIA. PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA. SÚM. 211/STJ. FUNDAMENTO DO ACÓRDÃO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF. PLANO DE SAÚDE. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. REEMBOLSO DEVIDO. REPETIÇÃO EM DOBRO DO INDÉBITO AFASTADA. DANO MORAL. VALOR. PROPORCIONALIDADE. JULGAMENTO: CPC/73. (...) 6. **A jurisprudência do STJ orienta que é devido o reembolso em situações excepcionais, tais como: inexistência de estabelecimento credenciado no local; paciente em situação de urgência ou emergência; e impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada.** (...) (REsp 1392560/PE, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 05/06/2018, DJe 07/06/2018).

PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. PLANO DE SAÚDE. BENEFICIÁRIO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. RECURSO ESPECIAL NÃO PROVIDO QUANTO ÀS PRELIMINARES E PREJUDICADO QUANTO AO MÉRITO. UNIMED PALMAS. LIMITAÇÃO GEOGRÁFICA DA ÁREA DE ATENDIMENTO. REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM HOSPITAL NÃO CONVENIADO. FALTA DOS REQUISITOS PARA CABIMENTO DO CUSTEIO. EXISTÊNCIA DE ESTABELECIMENTO ADEQUADO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA OPERADORA CONTRATADA. ART. 12, VI, DA LEI Nº 9.656/98. REEMBOLSO. NÃO CABIMENTO. RECURSO MANIFESTAMENTE INADMISSÍVEL. INCIDÊNCIA DA MULTA DO ART. 1.021, § 4º, DO NCPC. AGRAVO NÃO PROVIDO. (...) 3. **Nos termos do art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98, somente em casos excepcionais, como inexistência de estabelecimento credenciado no local, situação de urgência ou emergência, ou mesmo impossibilidade de utilização dos serviços**



próprios da operadora em razão de recusa injustificada, é admitido o reembolso de despesas efetuadas com profissional de saúde não credenciado. (...) (AgInt no AREsp 1170106/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 24/04/2018, DJe 30/04/2018).

[5] RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. OMISSÃO. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE.

INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR DA REDE CREDENCIADA. OBRIGAÇÃO DE REEMBOLSO DA OPERADORA. 1. Ação de indenização por danos materiais c/c compensação por dano moral ajuizada em 11/02/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 15/12/2021 e concluso ao gabinete em 19/04/2022. 2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional e o dever de a operadora de plano de saúde reembolsar, integralmente, as despesas assumidas pelo beneficiário com o tratamento de saúde realizado fora da rede credenciada. 3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022, II, do CPC/15. 4. No julgamento do EAREsp 1.459.849/ES (julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020), a Segunda Seção, ao interpretar o art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, concluiu que "a lei de regência impõe às operadoras de plano de saúde a responsabilidade pelos custos de despesas médicas realizadas em situação de emergência ou de urgência, sempre que inviabilizada pelas circunstâncias a utilização da rede própria ou contratada, limitada, no mínimo, aos preços praticados pelo respectivo produto à data do evento". 5. A Resolução Normativa 566/2022, que revogou a Resolução Normativa 259/2011, da ANS, impõe a 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, e estabelece, para a operadora, a obrigação de reembolso. 6. Hipótese em que, a partir da interpretação dada pela Segunda Seção ao art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 e das normas editadas pela ANS, bem como considerando o cenário dos autos em que se revela a omissão da operadora na indicação de prestador, da rede credenciada, apto a realizar o atendimento do beneficiário, faz este jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, inclusive sob pena de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial. 7. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários. (REsp n. 1.990.471/DF, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 11/4/2023, DJe de 14/4/2023).

Demais votos:

Ementa:

APELAÇÃO CÍVEL Nº: 0010416-58.2021.8.17.2001

APELANTE: -----

APELADO: -----

JUÍZA DE DIREITO: CATARINA VILA NOVA ALVES DE LIMA (20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE - SEÇÃO A)

RELATOR: DES. MÁRCIO FERNANDO DE AGUIAR SILVA

EMENTA

PROCESSO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AUTOR PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE ÁLCOOL. TERAPIA COM HOSPITAL DIA E ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA (EMT). INDICAÇÃO DE CLÍNICA EM REDE CREDENCIADA PARA HOSPITAL DIA. AUSÊNCIA DE RECUSA DE REEMBOLSO PELA TABELA DO PLANO PARA A INTERNAÇÃO. EMT FORA DO ROL DA ANS. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE QUE OS PROCEDIMENTOS LISTADOS NA REFERÊNCIA BÁSICA DA ANS TENHAM SIDO ESGOTADOS. COBERTURA NÃO OBRIGATÓRIA DE EMT. RECURSO NÃO PROVIDO. DECISÃO UNÂNIME.

- Paciente diagnosticado com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (CID-10 F10) e outros transtornos ansiosos (CID-10 F41). Prescrição de Hospital Dia e de sessões de estimulação magnética transcraniana (EMT).



- Indicação de estabelecimento credenciado pelo plano de saúde para a internação por HospitalDia. Contrato que prevê o reembolso parcial das despesas. Seguradora que não se nega a reembolsar as despesas que porventura a parte tenha em rede não credenciada dos tratamentos obrigatoriamente cobertos, conforme a sua tabela, o que se encontra em conformidade com o art. 12, inc. VI, da Lei nº 9656/1998 (Lei de Planos de Saúde), e com a jurisprudência do STJ, que orienta que é devido o reembolso em situações excepcionais, tais como: inexistência de estabelecimento credenciado no local; paciente em situação de urgência ou emergência; e impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada, devendo ser integral apenas na hipótese de ausência de indicação de hospital credenciado, o que não é o caso dos autos.
- Procedimento de EMT não incluído no rol da ANS. Art. 10, §13, da Lei nº 9.656/1998 (Lei de Planos de Saúde), incluído pela Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022, que prevê a cobertura de tratamento pela operadora mesmo em caso de não se encontrar listado da referência básica da ANS, quando "(I) exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou (II) existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais".
- Operadora de plano ou seguro de saúde que não é obrigada a custear procedimento ou terapianão listados, se existe, para a cura do paciente, alternativa eficaz, efetiva e segura já incorporada. Precedente do Superior Tribunal de Justiça. Ausência de obrigatoriedade de cobertura de EMT no caso, já que não restou demonstrado que os tratamentos já incorporados ao rol da ANS para a patologia do paciente tenham sido esgotados, a fim de que a terapia seja autorizada.
- Em que pese o entendimento de possibilidade de cobertura de tratamento fora do rol da ANS(art. 10, §13, da Lei nº 9.656/1998), é imprescindível que, antes, exista a demonstração de que as terapias convencionais de cobertura mínima tenham sido esgotadas, o que não restou evidenciado no caso em tela.
- Recurso não provido. Honorários advocatícios majorados de 10% para 15%. Decisão Unânime.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº **0010416-58.2021.8.17.2001**, da Comarca de Recife, em que figuram as partes acima indicadas, ACORDAM os Desembargadores integrantes da SEXTA CÂMARA CÍVEL do Tribunal de Justiça de Pernambuco, por unanimidade, em NEGAR PROVIMENTO ao recurso, na conformidade do relatório, voto e ementa que integram este julgado.

Recife, data da certificação digital.

Des. Márcio Aguiar

Relator

Proclamação da decisão:

À unanimidade de votos, negou-se provimento ao recurso, nos termos do voto da Relatoria



Magistrados: [ANTONIO FERNANDO ARAUJO MARTINS, MARCIO FERNANDO DE AGUIAR SILVA, GABRIEL DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO]

, 30 de novembro de 2023

Magistrado



APELAÇÃO CÍVEL Nº: **0010416-58.2021.8.17.2001**

APELANTE: -----

APELADO: -----

JUÍZA DE DIREITO: CATARINA VILA NOVA ALVES DE LIMA (20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE - SEÇÃO A)

RELATOR: DES. MÁRCIO FERNANDO DE AGUIAR SILVA

RELATÓRIO

Cuida-se de Apelação Cível interposta contra decisão proferida pelo Juiz de Direito da 20ª Vara Cível da Comarca de Recife – Seção A, nos autos da **AÇÃO ORDINÁRIA**, que julgou improcedente o pedido da inicial para cobertura do procedimento de “estimulação magnética transcraniana” (EMT) da parte autora.

Os honorários advocatícios foram fixados em 10% sobre o valor da causa.

No presente recurso, o apelante relata ter sintomas ansiosos, de pânico e depressão, devido ao uso excessivo de álcool, necessitando de acompanhamento psiquiátrico e multiprofissional regular, em regime de Hospital Dia, bem como de realização de EMT.

Afirma que a sentença não se pronunciou quanto ao pedido de tratamento em Hospital Dia psiquiátrico.

Além disso, afirma que a terapia de EMT e o internamento semi-intensivo de Hospital Dia devem ser realizados em conjunto, consoante laudo médico e pedido formulado na exordial, enquanto a rede credenciada seria inapta ao tratamento conjunto.

Destarte, conclui que, em razão de inexistir rede credenciada ao tratamento integral requerido, deve a seguradora arcar com o tratamento em rede não credenciada, além de requerer a condenação da empresa em danos morais.

Nas contrarrazões, a seguradora rebate os argumentos do apelo.

O MP opinou pelo provimento do recurso.

É o que se tinha a relatar.

Inclua-se este feito na pauta de julgamento.

Recife, data da certificação digital.

Des. Márcio Aguiar

Relator



APELAÇÃO CÍVEL Nº: 0010416-58.2021.8.17.2001

APELANTE: -----

APELADO: -----

JUÍZA DE DIREITO: CATARINA VILA NOVA ALVES DE LIMA (20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE - SEÇÃO A)

RELATOR: DES. MÁRCIO FERNANDO DE AGUIAR SILVA

EMENTA

PROCESSO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AUTOR PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE ÁLCOOL. TERAPIA COM HOSPITAL DIA E ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA (EMT).

INDICAÇÃO DE CLÍNICA EM REDE CREDENCIADA PARA HOSPITAL DIA. AUSÊNCIA DE RECUSA DE REEMBOLSO PELA TABELA DO PLANO PARA A INTERNAÇÃO. EMT FORA DO ROL DA ANS. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE QUE OS PROCEDIMENTOS LISTADOS NA REFERÊNCIA BÁSICA DA ANS TENHAM SIDO ESGOTADOS. COBERTURA NÃO OBRIGATÓRIA DE EMT. RECURSO NÃO PROVIDO. DECISÃO UNÂNIME.

- Paciente diagnosticado com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (CID-10 F10) e outros transtornos ansiosos (CID-10 F41). Prescrição de Hospital Dia e de sessões de estimulação magnética transcraniana (EMT).
- Indicação de estabelecimento credenciado pelo plano de saúde para a internação por Hospital Dia. Contrato que prevê o reembolso parcial das despesas. Seguradora que não se nega a reembolsar as despesas que porventura a parte tenha em rede não credenciada dos tratamentos obrigatoriamente cobertos, conforme a sua tabela, o que se encontra em conformidade com o art. 12, inc. VI, da Lei nº 9656/1998 (Lei de Planos de Saúde), e com a jurisprudência do STJ, que orienta que é devido o reembolso em situações excepcionais, tais como: inexistência de estabelecimento credenciado no local; paciente em situação de urgência ou emergência; e impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada, devendo ser integral apenas na hipótese de ausência de indicação de hospital credenciado, o que não é o caso dos autos.
- Procedimento de EMT não incluído no rol da ANS. Art. 10, §13, da Lei nº 9.656/1998 (Lei de Planos de Saúde), incluído pela Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022, que prevê a cobertura de tratamento pela operadora mesmo em caso de não se encontrar listado da referência básica da ANS, quando "(I) exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou (II) existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais".



- Operadora de plano ou seguro de saúde que não é obrigada a custear procedimento ou terapianão listados, se existe, para a cura do paciente, alternativa eficaz, efetiva e segura já incorporada. Precedente do Superior Tribunal de Justiça. Ausência de obrigatoriedade de cobertura de EMT no caso, já que não restou demonstrado que os tratamentos já incorporados ao rol da ANS para a patologia do paciente tenham sido esgotados, a fim de que a terapia seja autorizada.
- Em que pese o entendimento de possibilidade de cobertura de tratamento fora do rol da ANS(art. 10, §13, da Lei nº 9.656/1998), é imprescindível que, antes, exista a demonstração de que as terapias convencionais de cobertura mínima tenham sido esgotadas, o que não restou

Assinado eletronicamente por: MARCIO FERNANDO DE AGUIAR SILVA - 30/11/2023 18:05:08

Num. 24407079 - Pág. 1

<https://pje.tje.jus.br:443/2g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23113018050833300000024010910>

Número do documento: 23113018050833300000024010910

evidenciado no caso em tela.

- Recurso não provido. Honorários advocatícios majorados de 10% para 15%. Decisão Unânime.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº **0010416-58.2021.8.17.2001**, da Comarca de Recife, em que figuram as partes acima indicadas, ACORDAM os Desembargadores integrantes da SEXTA CÂMARA CÍVEL do Tribunal de Justiça de Pernambuco, por unanimidade, em NEGAR PROVIMENTO ao recurso, na conformidade do relatório, voto e ementa que integram este julgado.

Recife, data da certificação digital.

Des. Márcio Aguiar

Relator



APELAÇÃO CÍVEL Nº: **0010416-58.2021.8.17.2001**

APELANTE: -----

APELADO: -----

JUÍZA DE DIREITO: CATARINA VILA NOVA ALVES DE LIMA (20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE - SEÇÃO A)

RELATOR: DES. MÁRCIO FERNANDO DE AGUIAR SILVA

VOTO

O juízo de admissibilidade é positivo, reunindo tempestividade e demais requisitos procedimentais, motivo pelo qual adentro ao mérito da demanda.

A celeuma gira em torno da obrigatoriedade ou não de cobertura do tratamento, em conjunto, de Hospital Dia e de estimulação magnética transcraniana – EMT da parte demandante em estabelecimento não credenciado.

No caso em tela, o autor foi diagnosticado com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (CID-10 F10) e outros transtornos ansiosos (CID-10 F41), motivo pelo qual o médico concluiu pela necessidade de acompanhamento psiquiátrico e multiprofissional regular, em regime de Hospital Dia, bem como de realização de sessões de estimulação magnética transcraniana – EMT (laudo médico de ID 22431692).

Outrossim, verifico que o laudo citado é datado de 10 de julho de 2020. A seguradora, em 14/08/2020, em resposta ao protocolo 20200811000314, indicou estabelecimentos credenciados (Grupo Recanto e Clínica Nova Aliança – Id 22431698), todavia a parte argumenta que a rede credenciada seria inapta para a realização conjunta do tratamento de internamento semi-intensivo de Hospital Dia e de EMT.

Como é cediço, a Lei nº 9.656/98 (Lei de Planos de Saúde), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, em seu art. 10, ao instituir o plano-referência de assistência à saúde, determina a cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a regra é a cobertura pela operadora das doenças prevista na Classificação Internacional de Doenças (CID), com a sua amplitude definida por normas editadas pela ANS (§4º), enquanto as exceções estão previstas nos seus incisos (I a X) [1].

Ademais, nos termos do §13, do art. 10, da Lei nº 9.656/1998, incluído pela Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022, a cobertura de tratamento deverá ser autorizada pela operadora mesmo em caso de não se encontrar listado da referência básica da ANS, quando "(I) exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou (II) existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais".



Por outro lado, a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a custear procedimento ou terapia não listados na ANS, se existe, para a cura do paciente, alternativa eficaz, efetiva e segura já incorporada.

Nesse sentido, trato à colação precedente recente do Superior Tribunal de Justiça:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. APLICAÇÃO DE PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE RETORNO DOS AUTOS AO JUÍZO DE ORIGEM. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO. 1. Com efeito, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, em julgamento de 8/6/2022, firmou entendimento no sentido de que o rol de procedimentos e eventos em saúde complementar é, em regra, taxativo, não sendo a operadora de plano ou seguro de saúde obrigada a custear procedimento ou terapia não listados, se existe, para a cura do paciente, alternativa eficaz, efetiva e segura já incorporada (EREsp n. 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, DJe de 3/8/2022 sem grifo no original). 2. Diante da impossibilidade do reexame das cláusulas contratuais e dos demais elementos fático-probatórios, em virtude dos óbices das Súmulas 5 e 7 do STJ, necessário que os autos retornem à instância originária de modo a possibilitar o reexame dos elementos dos autos, a fim de que se realize novo julgamento à luz da tese firmada pela Segunda Seção desta Corte Superior. 3. A Corte Especial do STJ orienta que o julgador se vincula apenas aos precedentes existentes no momento em que presta sua jurisdição. 4. Agravo interno improvido. (AgInt no REsp n. 2.059.447/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 26/6/2023, DJe de 29/6/2023).

No mesmo caminho, o Fonajus (Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde), criado em 2010 pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), para o monitoramento e a resolução das demandas de assistência à saúde, no enunciado n° 109, com redação dada em 15 de junho de 2023 na VI Jornada de Direito da Saúde, prevê:

“Solicitado procedimento ou tratamento médico não previsto no Rol da ANS, cabe verificar, além das condições legais descritas no artigo 10, § 13 da Lei n° 9.656/98: a) se existe, para o tratamento do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol da ANS; b) se não foi indeferida pela ANS a incorporação do procedimento ou tratamento; c) se há expressa exclusão regulamentar ou legal em relação ao procedimento ou tratamento solicitado; d) se há notas ou pareceres técnicos de órgãos tais como a Conitec e o NatJus que avaliaram tecnicamente a eficácia, acurácia e efetividade do plano terapêutico”.

In casu, em relação ao tratamento requerido, o Conselho Regional de Medicina, na Resolução n° 1.986/2012, reconhece a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) superficial como ato médico privativo e cientificamente válido para utilização na prática médica nacional, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas nas esquizofrenias e planejamento de neurocirurgia, afastando o seu caráter experimental em tais casos e mantendo essa condição para os demais, além de a sua eficácia científica também ter sido atestada pela agência americana U.S. Food and Drug Administration (FDA) e pelo inglês National Institute for Health an Care Excellence (NICE), ambos de renome internacional[2].

Assim, existe comprovação da eficácia do tratamento, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas.

Todavia, observo no laudo médico anexado (ID [22431692](#)) que não consta que os tratamentos já incorporados ao rol da ANS para a patologia do paciente tenham sido esgotados, a fim de que o EMT seja autorizado.



Destarte, em que pese o entendimento de possibilidade de cobertura de tratamento fora do rol da ANS, é imprescindível que, antes, exista a demonstração de que as terapias convencionais de cobertura mínima tenham sido esgotadas, o que não restou evidenciado no caso em tela.

Assim sendo, tendo em vista a não obrigatoriedade de cobertura de EMT no caso, resta apenas a análise relacionada ao tratamento de internamento semi-intensivo de Hospital Dia.

Nesse aspecto, de fato, verifico que a questão não foi analisada pelo magistrado de primeiro grau, o que não, impede, todavia, o seu prosseguimento neste momento recursal, já que a lide se encontra em condições de julgamento na forma preconizada no art. 515, §3º, do CPC (causa madura).

Quando a cobertura de tratamento psiquiátrico, especificamente o internamento semi-intensivo (Hospital Dia), restou demonstrada a necessidade, conforme laudo médico anexado, e se encontra dentro das exigências mínimas pela ANS, mostrando-se imprescindível para impedir lesões irreparáveis ao paciente, enquadrando-se, portanto, como hipótese de emergência/urgência prevista na Lei 9.656/1998 (art. 35-C, inc. I).

Em verdade, a cobertura desse tratamento é incontroversa, tanto que o próprio plano de saúde indicou dois estabelecimentos (Grupo Recanto e Clínica Nova Aliança – ID 22431698).

Por outro lado, a parte pugna na inicial por cobertura em rede não credenciada (Clínica Virtude).

Ocorre que não restou demonstrado pelo autor que o estabelecimento indicado pela empresa não tenha capacidade de atendimento da parte especificamente para o Hospital Dia, enquanto o EMT não é de cobertura obrigatória para o caso, inexistindo a obrigatoriedade de vincular o plano a disponibilizar uma clínica que possua as duas terapias, quando uma delas não é de cobertura obrigatória.

Além disso, há informação nos autos de que a clínica credenciada disponibilizaria a locomoção do paciente a outro estabelecimento para que pudesse se submeter ao tratamento de EMT.

Ressalte-se, ainda, que há laudo médico nos autos prescrevendo os tratamentos, além de projeto terapêutico na Clínica Virtude, todavia não consta que efetivamente a parte tenha se submetido ao tratamento naquela clínica a condenar a empresa ao reembolso das despesas.

Nesse ponto, importante destacar, ainda, que o contrato firmado entre as partes prevê o reembolso das despesas em rede não credenciada, conforme fórmula prevista no contrato, o qual prevê, aliás, que o valor não será inferior ao praticado pela seguradora à rede referenciada para o plano do segurado (cláusula 20.9 e seguintes).

Nesse caminho, o plano de saúde não se nega a reembolsar as despesas que porventura a parte tenha em rede não credenciada dos tratamentos obrigatoriamente cobertos, conforme a sua tabela, o que se encontra em conformidade com o art. 12, inc. VI, da Lei nº 9656/1998 (Lei de Planos de Saúde)[3], e com a jurisprudência do STJ, que orienta que é devido o reembolso em situações excepcionais, tais como: inexistência de estabelecimento credenciado no local; paciente em situação de urgência ou emergência; e impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada [4], devendo ser integral apenas na hipótese de ausência de indicação de hospital credenciado [5], o que não é o caso dos autos.

Diante do exposto, voto por **negar provimento** ao recurso do demandante, mantendo a sentença em todos os seus termos.

Por fim, majoro os honorários advocatícios de 10% para 15% (quinze por cento) sobre o valor da causa.



É como voto.

Recife, data da certificação digital.

Des. Márcio Aguiar

Relator

[1] Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; III - inseminação artificial; IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; VI fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; ~~VIII~~—(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
(...)

§4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação. ([Redação dada pela Lei nº 14.454, de 2022](#))

[2] <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1986>

<https://www.sbcm.org.br/v2/index.php/not%C3%ADcias/2375-cfm-reconhece-a-estimulacao-magnetica-transcranianacomo-ato-medico>

[https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-permits-marketing-transcranial-magnetic-stimulation-treatment-obstructive-sleep-disorder#:~:text=Transcranial%20magnetic%20stimulation%20\(TMS\)%20is,certain%20migraine%20headaches%20n%202013.](https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-permits-marketing-transcranial-magnetic-stimulation-treatment-obstructive-sleep-disorder#:~:text=Transcranial%20magnetic%20stimulation%20(TMS)%20is,certain%20migraine%20headaches%20n%202013.)

[https://www.nice.org.uk/guidance/ipg542/documents/transcranial-magnetic-stimulation-for-severe-depression-overview2.](https://www.nice.org.uk/guidance/ipg542/documents/transcranial-magnetic-stimulation-for-severe-depression-overview2)

[3] “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;”.



[4] AÇÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL C/C RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICAS E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. INEXISTÊNCIA. PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA. SÚM. 211/STJ. FUNDAMENTO DO ACÓRDÃO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF. PLANO DE SAÚDE. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. REEMBOLSO DEVIDO. REPETIÇÃO EM DOBRO DO INDÉBITO AFASTADA. DANO MORAL. VALOR. PROPORCIONALIDADE. JULGAMENTO: CPC/73. (...) 6. **A jurisprudência do STJ orienta que é devido o reembolso em situações excepcionais, tais como: inexistência de estabelecimento credenciado no local; paciente em situação de urgência ou emergência; e impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada.** (...) (REsp 1392560/PE, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 05/06/2018, DJe 07/06/2018).

PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCP. PLANO DE SAÚDE. BENEFICIÁRIO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. RECURSO ESPECIAL NÃO PROVIDO QUANTO ÀS PRELIMINARES E PREJUDICADO QUANTO AO MÉRITO. UNIMED PALMAS. LIMITAÇÃO GEOGRÁFICA DA ÁREA DE ATENDIMENTO. REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM HOSPITAL NÃO CONVENIADO. FALTA DOS REQUISITOS PARA CABIMENTO DO CUSTEIO. EXISTÊNCIA DE ESTABELECIMENTO ADEQUADO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA OPERADORA CONTRATADA. ART. 12, VI, DA LEI Nº 9.656/98. REEMBOLSO. NÃO CABIMENTO. RECURSO MANIFESTAMENTE INADMISSÍVEL. INCIDÊNCIA DA MULTA DO ART. 1.021, § 4º, DO NCP. AGRAVO NÃO PROVIDO. (...) 3. **Nos termos do art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98, somente em casos excepcionais, como inexistência de estabelecimento credenciado no local, situação de urgência ou emergência, ou mesmo impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada, é admitido o reembolso de despesas efetuadas com profissional de saúde não credenciado.** (...) (AgInt no AREsp 1170106/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 24/04/2018, DJe 30/04/2018).

[5] RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. OMISSÃO. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR DA REDE CREDENCIADA. OBRIGAÇÃO DE REEMBOLSO DA OPERADORA. 1. Ação de indenização por danos materiais c/c compensação por dano moral ajuizada em 11/02/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 15/12/2021 e concluso ao gabinete em 19/04/2022. 2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional e o dever de a operadora de plano de saúde reembolsar, integralmente, as despesas assumidas pelo beneficiário com o tratamento de saúde realizado fora da rede credenciada. 3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022, II, do CPC/15. 4. No julgamento do EAREsp 1.459.849/ES (julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020), a Segunda Seção, ao interpretar o art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, concluiu que "a lei de regência impõe às operadoras de plano de saúde a responsabilidade pelos custos de despesas médicas realizadas em situação de emergência ou de urgência, sempre que inviabilizada pelas circunstâncias a utilização da rede própria ou contratada, limitada, no mínimo, aos preços praticados pelo respectivo produto à data do evento". 5. A Resolução Normativa 566/2022, que revogou a Resolução Normativa 259/2011, da ANS, impõe a 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, e estabelece, para a operadora, a obrigação de reembolso. 6. **Hipótese em que, a partir da interpretação dada pela Segunda Seção ao art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 e das normas editadas pela ANS, bem como considerando o cenário dos autos em que se revela a omissão da operadora na indicação de prestador, da rede credenciada, apto a realizar o atendimento do beneficiário, faz este jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, inclusive sob pena de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial.** 7. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários. (REsp n. 1.990.471/DF, relatora Ministra Nancy Andrigli, Terceira Turma, julgado em 11/4/2023, DJe de 14/4/2023).

