

A FIXAÇÃO JUDICIAL DE DISTÂNCIA MÁXIMA ENTRE O PRESTADOR E A RESIDÊNCIA DO BENEFICIÁRIO: VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA LEGALIDADE, DA SEPARAÇÃO DOS PODERES E DA SEGURANÇA JURÍDICA

Judicial imposition of a maximum distance between the provider and the beneficiary's residence: violation of the principles of legality, separation of powers, and legal certainty

AUTORES

Rogério Scarabel Barbosa¹
Eric Carvalho de Andrade²

CONTATO

Rogério Scarabel Barbosa
Miglioli, Bianchi, Borrozzino,
Bellinatti e Scarabel Advogados
scarabel@m3bs.com.br

Obs: este artigo reflete exclusivamente a opinião do(s) autor(es), não representando a posição do IESS.

RESUMO

O presente artigo sustenta que a fixação judicial de distância máxima entre a residência do beneficiário e o prestador de serviço de saúde, como 10 km, 15 km ou 30 km, para aferir a disponibilidade da rede assistencial de planos privados de assistência à saúde, não encontra suporte na Lei nº 9.656/1998 nem nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A legislação federal e a regulação setorial adotam critério territorial objetivo por município da demanda, municípios limítrofes e região de saúde, associado aos prazos máximos de atendimento. A criação judicial de um raio de atendimento domiciliar, ainda que inspirada por preocupação legítima com deslocamentos de beneficiários em tratamento continuado, desloca a competência normativa atribuída à ANS, compromete a previsibilidade regulatória e transforma a rede assistencial contratada em uma obrigação personalizada e móvel. Defende-se, portanto, que o controle jurisdicional deve exigir o cumprimento da legislação e da regulação vigentes, inclusive transporte e reembolso integral quando cabíveis, mas não pode instituir critério quilométrico sem base legal ou normativa.

Palavras-chave: saúde suplementar; rede assistencial; ANS; legalidade; separação de poderes; segurança jurídica.

ABSTRACT

This opinion article argues that judicially imposed maximum distances between the beneficiary's residence and the health-care provider, such as 10 km, 15 km or 30 km, have no legal or regulatory basis under Brazilian supplementary health law. Federal statutes and ANS regulations use an objective territorial framework based on the municipality where care is demanded, neighboring municipalities and health regions, combined with maximum

¹ Atua no setor de Saúde desde 2004 e tem ampla experiência nos segmentos de Saúde Suplementar e Saúde Pública. Esteve à frente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de dezembro de 2019 a agosto de 2021, na condição de Diretor Presidente Substituto e como Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, no período de agosto de 2018 a agosto de 2021. Graduado em Direito pelo Centro Universitário Eurípides Soares da Rocha de Marília - UNIVEM, em São Paulo. Possui especialização em Gestão Hospitalar e Organização da Saúde pela Universidade Federal do Ceará e em Responsabilidade Civil e Direito do Consumidor pela Universidade de Fortaleza, Membro da ANSP Academia Nacional de Seguros e Previdência – Saúde e Conselheiro de Administração pelo Instituto Brasileiro de Governança Corporativa – IBGC. Atualmente é advogado no escritório Miglioli, Bianchi, Borrozzino, Bellinatti e Scarabel que atua na área de direito empresarial, com ênfase na assessoria de empresas e profissionais na área da saúde – maiores informações podem ser encontradas no <http://lattes.cnpq.br/4935004422908222> LinkedIn: [linkedin.com/in/rogerio-scarabel-319a4182](https://www.linkedin.com/in/rogerio-scarabel-319a4182)

² Advogado. Coordenador Técnico do escritório M3BS. Especialista em Direito da Saúde Suplementar. Pós-graduado em Direito Processual Civil pela Faculdade CERS. Bacharel em Direito pela Faculdade Baiana de Direito.

waiting times. Replacing that framework with a personalized radius from the beneficiary's home undermines legality, legal certainty and the institutional allocation of regulatory authority.

Keywords: supplementary health; provider network; ANS; legality; separation of powers; legal certainty.

INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde suplementar brasileira tem avançado para além das controvérsias tradicionais sobre cobertura contratual, rol de procedimentos, prescrição médica ou negativa de autorização. Em número crescente de demandas, especialmente naquelas envolvendo tratamentos continuados e multidisciplinares, a discussão passou a se concentrar na localização do prestador indicado pela operadora. O debate deixa de ser apenas sobre a existência de rede apta, habilitada e disponível, para se transformar em uma indagação diversa: se o prestador está ou não a uma distância considerada aceitável da residência do beneficiário.

A partir desse deslocamento argumentativo, decisões judiciais vêm fixando critérios como 10 km, 15 km, 20 km, 30 km ou tempo máximo de deslocamento entre a residência do usuário e o prestador de serviço. Em alguns casos, a consequência prática é a determinação de custeio integral de clínica particular escolhida pelo beneficiário, sob o fundamento de que a rede indicada pela operadora, embora situada no município da demanda, em município limítrofe ou na região de saúde aplicável, estaria distante da residência do paciente.

O problema jurídico examinado neste artigo não está na exigência de que a operadora disponibilize prestador apto ao atendimento prescrito, nem na possibilidade de responsabilização quando houver descumprimento das normas setoriais. A questão central é outra: saber se o Poder Judiciário pode criar, sem base legal ou normativa, um critério de distância máxima entre residência e prestador para aferir a suficiência da rede assistencial.

A tese defendida é objetiva. Não existe, na Lei nº 9.656/1998, na Lei nº 9.961/2000 ou nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, critério de raio domiciliar para definir se a rede assistencial é ou não suficiente. As Resoluções Normativas ANS nº 566/2022 e nº 665/2026 estruturam a garantia de atendimento a partir de parâmetros territoriais públicos e objetivos: município da demanda, municípios limítrofes e região de saúde, sempre em articulação com os prazos máximos de atendimento e com as hipóteses reguladas de indisponibilidade ou inexistência de prestador. A residência individual do beneficiário não foi eleita pela regulação como centro geográfico da obrigação assistencial.

Assim, quando uma decisão judicial substitui os critérios de município, município limítrofe e região de saúde por um raio de atendimento contado da residência do beneficiário, ela não está apenas interpretando a norma existente. Está criando obrigação

nova, não prevista no contrato, na lei federal ou na regulação setorial. Essa criação judicial é especialmente problemática porque se funda, muitas vezes, em expressões abertas como "razoabilidade", "distância possível", "obstáculo ao tratamento" ou "dignidade da pessoa humana", sem a necessária consideração das consequências práticas da decisão para a organização da rede, a precificação dos produtos, o mutualismo e a sustentabilidade do setor regulado.

O tema envolve, portanto, três vícios centrais. O primeiro é a violação ao princípio da legalidade, pois a operadora passa a ser compelida a cumprir uma obrigação que não foi previamente instituída por lei ou norma da autoridade competente. O segundo é a violação à segurança jurídica, porque o cumprimento da regulação passa a não ser suficiente para caracterizar o adimplemento contratual, ficando a operadora sujeita a critérios variáveis conforme o endereço do beneficiário, a comarca, a câmara julgadora ou a percepção individual do magistrado. O terceiro é a afronta à separação dos poderes, na medida em que a definição de critérios geográficos de suficiência da rede assistencial foi atribuída pelo legislador à ANS, agência técnica responsável pela regulação, fiscalização e avaliação da garantia de acesso na saúde suplementar.

Para demonstrar essa conclusão, o artigo examina, inicialmente, o critério geográfico-regulatório previsto na legislação federal e nas normas da ANS, destacando que o sistema já contém respostas próprias para hipóteses de indisponibilidade, inexistência de prestador, transporte e reembolso integral. Em seguida, analisa precedentes judiciais que passaram a utilizar a distância entre residência e prestador como critério de suficiência da rede assistencial, evidenciando a ausência de uniformidade e o caráter casuístico dessas soluções. Depois, desenvolve a crítica constitucional à fixação judicial de raios domiciliares, à luz da legalidade, da segurança jurídica e da separação dos poderes. Por fim, aborda os impactos dessa prática sobre a sustentabilidade do setor de saúde suplementar, especialmente em um mercado estruturado sobre rede contratada, previsibilidade de custos, regulação estatal e mutualismo.

O CRITÉRIO GEOGRÁFICO-REGULATÓRIO PARA DISPONIBILIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL

A saúde suplementar brasileira não é um espaço sem regulação. Ao contrário, trata-se de setor intensamente disciplinado por lei federal e por normas técnicas da ANS. Por isso, a discussão sobre disponibilidade da rede assistencial não pode partir de uma "intuição"

judicial sobre o que seria "perto" ou "longe" da residência do beneficiário. Deve partir do sistema normativo vigente, que elegeu critérios territoriais objetivos e verificáveis.

A Lei nº 9.656/1998, ao tratar dos planos privados de assistência à saúde, não institui um direito geral de livre escolha de prestadores fora da rede credenciada, tampouco estabelece direito a atendimento em raio quilométrico da residência do usuário. Quando menciona reembolso de despesas efetuadas diretamente pelo beneficiário, o art. 12, VI, o faz em termos restritos e condicionados. O dispositivo prevê:

"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;"³

A regra legal deixa clara uma premissa: a utilização da rede própria, contratada, credenciada ou referenciada é o eixo ordinário de funcionamento do produto. O reembolso amplo e integral fora da rede não é a regra geral do sistema. Quando a ANS, em suas normas de garantia de atendimento, admite pagamento direto a prestador não integrante da rede ou reembolso integral, ela o faz como consequência de hipóteses específicas de indisponibilidade, inexistência ou descumprimento regulatório, não como autorização para escolha livre do prestador mais próximo da residência.

A Lei nº 9.961/2000, ao criar a ANS, reforça essa arquitetura institucional. O art. 4º atribui à agência competências diretamente relacionadas à organização da rede e à garantia de acesso. Entre elas, compete à ANS "fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras"; "estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras"; "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

³BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. art. 12, VI. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acesso em: 7 maio 2026.

assistência à saúde"; e "avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde".⁴

Esses dispositivos não são decorativos. Eles expressam a opção legislativa de confiar à ANS a tarefa de transformar a obrigação geral de cobertura em parâmetros setoriais exequíveis, fiscalizáveis e aplicáveis de forma isonômica. A agência, com base nessa competência, define prazos máximos de atendimento, conceitos territoriais, hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestador e consequências regulatórias do descumprimento. O Judiciário, ao aplicar a lei, pode controlar a observância dessas normas; não pode, porém, criar critérios paralelos incompatíveis com elas.

A Resolução Normativa ANS nº 566/2022 é o centro da disciplina atual da garantia de atendimento. O seu art. 1º define as categorias que estruturam a análise: área geográfica de abrangência, área de atuação do produto, município da demanda, rede assistencial, região de saúde, indisponibilidade e inexistência. A norma define "área geográfica de abrangência" como a "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"; "área de atuação do produto" como "municípios ou Estados de cobertura e operação do produto, indicados pela operadora no contrato de acordo com a área geográfica de abrangência"; e "município da demanda" como o "Local da federação onde o beneficiário busca o serviço ou procedimento, desde que faça parte da área de atuação do produto".⁵

A mesma norma define "região de saúde" como "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".⁶ Note-se o vocabulário utilizado: área, município, municípios limítrofes, região de saúde. A residência do beneficiário não aparece como

⁴BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. art. 4º, IV, V, XXIV e XXVIII. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm>. Acesso em: 7 maio 2026.

⁵AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2022. art. 1º, § 1º, I a VII.

⁶AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2022. art. 1º, § 1º, I a VII.

marco territorial autônomo. Tampouco aparecem expressões como raio, quilometragem, minutos de trajeto ou distância máxima.

O art. 2º da RN nº 566/2022 confirma o ponto de partida. A operadora deve garantir acesso "no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto".⁷ O critério, portanto, é o município da demanda, e não o endereço residencial do beneficiário.

O art. 3º, § 2º, reforça que, para o cumprimento dos prazos máximos, será considerado "o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário".⁸

Esse trecho é decisivo para a tese aqui defendida. Se a própria norma diz que o cumprimento dos prazos não depende de prestador específico escolhido pelo beneficiário, com maior razão não se pode extrair dela um direito a prestador escolhido por ser mais próximo da residência. O que a RN nº 566/2022 exige é prestador habilitado, disponível, dentro do prazo regulatório e situado no espaço territorial pertinente. A escolha por conveniência geográfica pessoal não foi elevada pela ANS a critério de adimplemento ou inadimplemento da operadora.

Quando há indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial no município, a RN nº 566/2022 estabelece uma sequência própria. O art. 4º dispõe:

"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."⁹

⁷AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2022. arts. 2º e 3º, § 2º.

⁸AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2022. arts. 2º e 3º, § 2º.

⁹AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2022. art. 4º, caput, I e II, §§ 1º e 2º.

A indisponibilidade, portanto, não autoriza automaticamente o prestador escolhido pelo beneficiário por proximidade residencial. A norma oferece duas alternativas regulatórias: prestador não integrante da rede no mesmo município ou prestador integrante ou não da rede nos municípios limítrofes. Somente se não houver prestador integrante ou não da rede no mesmo município ou nos municípios limítrofes é que surge a obrigação de transporte, pois o § 2º estabelece que 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".¹⁰

Na hipótese de inexistência de prestador no município, a RN nº 566/2022 adota lógica semelhante, com ampliação territorial. O art. 5º prevê:

"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."¹¹

A diferença entre indisponibilidade e inexistência é relevante. Na indisponibilidade, existe prestador da rede no município, mas ele não atende dentro dos prazos regulatórios. Na inexistência, não existe prestador, integrante ou não da rede, que ofereça o serviço ou procedimento demandado no município. Em ambos os casos, a resposta normativa é territorial e escalonada: município, municípios limítrofes e, quando cabível, região de saúde. Não há salto para um raio fixo a partir da residência.

O reembolso integral previsto pela RN nº 566/2022 também é consequência do descumprimento dessas regras, não um direito autônomo de escolher a clínica mais próxima. O art. 10 dispõe:

"Art. 10. Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do

¹⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2022. art. 4º, caput, I e II, §§ 1º e 2º.

¹¹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2022. art. 5º, caput, I e II, §§ 1º e 2º.

atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até trinta dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte."¹²

A conclusão normativa é direta: a operadora inadimpla quando deixa de observar os arts. 4º, 5º ou 6º; não inadimpla simplesmente porque o prestador apto e disponível está a mais de 10 km, 15 km ou 30 km da residência do beneficiário. Se o prestador está no município da demanda, ou se a hipótese permite atendimento em município limítrofe ou região de saúde, dentro dos prazos e com aptidão técnica para o procedimento, a norma não autoriza a conversão automática da rede indicada em rede insuficiente por critério quilométrico. A RN nº 665/2026 não modifica essa lógica. Ao contrário, reforça-a. Ela regulamenta o conceito de Região de Saúde previsto na RN nº 566/2022 e atualiza o anexo de regiões. O art. 1º determina que "Ficam instituídas as Regiões de Saúde, conforme definidas no inciso V do §1º do artigo 1º da Resolução Normativa ANS nº 566, de 2022, ou norma que vier a sucedê-la, constituídas pelos Municípios respectivamente indicados no Anexo desta Resolução Normativa". O § 1º acrescenta que "As Regiões de Saúde dispostas nesta Resolução Normativa coincidem com as Regionais de Saúde instituídas por cada Unidade Federativa, no âmbito da aplicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011".¹³ O art. 3º da RN nº 665/2026 também altera o § 2º do art. 1º da RN nº 566/2022 para estabelecer que "As regiões de saúde serão objeto de Resolução Normativa e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet".¹⁴ A preocupação regulatória, mais uma vez, é geográfica em sentido público e administrativo: agrupar municípios, alinhar regionais, viabilizar fiscalização e garantir alternativas de atendimento. A norma não transformou a residência do beneficiário em centro de um círculo de obrigatoriedade assistencial.

¹²AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2022. art. 10.

¹³AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa ANS nº 665, de 26 de fevereiro de 2026. Regulamenta o conceito de Região de Saúde previsto no inciso V do § 1º do artigo 1º e altera o § 2º do artigo 1º da Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Rio de Janeiro: ANS, 2026. arts. 1º, §§ 1º e 2º, 3º e 5º. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?format=raw&id=NDgwOA%3D%3D&task=textoLei&view=legislacao>>. Acesso em: 7 maio 2026.

¹⁴AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa ANS nº 665, de 26 de fevereiro de 2026. Regulamenta o conceito de Região de Saúde previsto no inciso V do § 1º do artigo 1º e altera o § 2º do artigo 1º da Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Rio de Janeiro: ANS, 2026. arts. 1º, §§ 1º e 2º, 3º e 5º. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?format=raw&id=NDgwOA%3D%3D&task=textoLei&view=legislacao>>. Acesso em: 7 maio 2026.

Essa interpretação é compatível com precedente relevante da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça exarado no REsp nº 1.842.475/SP.

Embora o caso tenha considerado a dificuldade de deslocamento da beneficiária e a distância até município limítrofe, o acórdão não criou regra de quilometragem máxima a partir da residência. A ementa fixou que, em caso de indisponibilidade de prestador credenciado no município de abrangência, a operadora deve garantir atendimento "preferencialmente, no âmbito do mesmo município, ainda que por prestador não integrante da rede assistencial da operadora do plano de saúde".¹⁵

Vejamos:

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
ESTABELECEAM 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,

¹⁵BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). Recurso Especial nº 1.842.475/SP. Relator originário: Ministro Luis Felipe Salomão. Relator para acórdão: Ministro Marco Buzzi. Julgado em: 27 set. 2022. DJe: 16 fev. 2023. Ementa, p. 1-2.

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 . (STJ - REsp: 1842475 SP 2019/0234721-8, Data de Julgamento: 27/09/2022, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 16/02/2023)

Como se pode notar acima, a ementa do acórdão foi ainda mais explícita ao afirmar que "Somente em caso de inexistência de prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município é que será devido o atendimento em município limítrofe".¹⁶

A ratio decidendi está na primazia do atendimento no município e na ordem normativa da RN nº 259/2011, hoje sucedida pela RN nº 566/2022, e não em distância entre residência e clínica.

¹⁶BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). Recurso Especial nº 1.842.475/SP. Relator originário: Ministro Luis Felipe Salomão. Relator para acórdão: Ministro Marco Buzzi. Julgado em: 27 set. 2022. DJe: 16 fev. 2023. Ementa, p. 1-2.

A preocupação com a locomoção apareceu como reforço fático para impedir que a operadora pulasse indevidamente a alternativa do mesmo município; não como base para estabelecer um raio domiciliar obrigatório.

No mesmo voto condutor, o Ministro Marco Buzzi advertiu que a interpretação da lei federal deve considerar a diversidade territorial dos municípios brasileiros.

Ao enfrentar a possibilidade de se tomar, como parâmetro interpretativo, a curta distância entre municípios limítrofes do caso concreto, registrou que, "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".¹⁷ Esse argumento, longe de justificar uma distância fixa, evidencia o contrário: a inadequação de soluções geométricas rígidas aplicadas indistintamente a realidades territoriais muito diversas.

A leitura correta do precedente, portanto, é a seguinte: a suficiência da rede deve ser aferida conforme os critérios regulatórios da ANS; a operadora não pode ignorar a prioridade do atendimento no município da demanda quando houver prestador não integrante da rede apto naquele mesmo município; e o reembolso integral pode ser devido quando a operadora descumpra essa ordem normativa. Nada disso autoriza o Judiciário a substituir município, município limítrofe e região de saúde por 10 km da residência do beneficiário.

Portanto, a partir dessa análise conjunta da legislação, das normas editadas pela ANS e do referido precedente relevante do STJ, tem-se que não existe, no ordenamento jurídico brasileiro, critério de distância máxima entre a residência do beneficiário e o prestador de serviço para aferição da suficiência da rede assistencial. O parâmetro juridicamente aplicável é territorial e regulatório (município da demanda, município limítrofe e região de saúde), não domiciliar ou quilométrico.

A JURISPRUDÊNCIA SOBRE A DISTÂNCIA ENTRE RESIDÊNCIA E PRESTADOR COMO CRITÉRIO DE SUFICIÊNCIA DA REDE ASSISTENCIAL

A despeito da clareza da estrutura regulatória, decisões judiciais vêm adotando, em alguns casos, critério próprio de distância máxima entre a residência do beneficiário e o

¹⁷BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.842.475/SP. Quarta Turma. Relator: Min. Luis Felipe Salomão. Relator para acórdão: Min. Marco Buzzi. Julgado em 27 set. 2022. DJe 16 fev. 2023.

prestador. O fenômeno é relevante porque não se limita a reconhecer a insuficiência de rede em situações extremas; em determinados julgados, a distância passa a ser elemento do título judicial e condição para que se considere cumprida a obrigação da operadora.

Um exemplo expressivo está na Apelação Cível nº 1159135-85.2024.8.26.0100, do Tribunal de Justiça de São Paulo. A ementa registra que, "Nos casos envolvendo tratamento multiprofissional para o Transtorno do Espectro Autista a jurisprudência deste E. Sodalício tem limitado em 10 km a distância entre o domicílio do beneficiário e o estabelecimento prestador, de modo a não inviabilizar a realização do tratamento, diante da necessidade de deslocamentos diários".¹⁸

Vejamos a ementa em sua integralidade:

APELAÇÃO CÍVEL – Plano de Saúde – Obrigação de fazer – Pretensão ao fornecimento de tratamento multidisciplinar para beneficiária do plano de saúde diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista, em clínica localizada a distância não superior a 10 Km da residência da autora – Procedência do pedido – Sentença, entretanto, que condenou a ré a indicar clínica credenciada em distância possível da residência da autora, ou seja, distância que não inviabilize o tratamento, bem como determinou que cada parte arcará com as custas que desembolsou e os honorários de seu próprio patrono – Irresignação da autora – Acolhimento – Nos casos envolvendo tratamento multiprofissional para o Transtorno do Espectro Autista a jurisprudência deste E. Sodalício tem limitado em 10 km a distância entre o domicílio do beneficiário e o estabelecimento prestador, de modo a não inviabilizar a realização do tratamento, diante da necessidade de deslocamentos diários – Maior precisão e previsibilidade ao título executivo a ser constituído, evitando-se futuros litígios em fase de cumprimento de sentença – Ônus sucumbenciais – Deverá a ré arcar com as despesas e custas processuais, na sua integralidade, bem como honorários advocatícios – Princípio da causalidade e sucumbência – Art. 85,

¹⁸SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (7. Câmara de Direito Privado). Apelação Cível nº 1159135-85.2024.8.26.0100. Relator: Des. Fernando Reverendo Vidal Akaoui. Julgado em: 13 fev. 2026.

CPC – Sentença parcialmente reformada – RECURSO PROVIDO.

(TJ-SP - Apelação Cível: 11591358520248260100 São Paulo, Relator.: Fernando Reverendo Vidal Akaoui, Data de Julgamento: 13/02/2026, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 13/02/2026)

No corpo do voto, o acórdão afirma que o critério de "distância possível" seria insuficiente e que o limite de 10 km traria maior precisão ao título executivo. O trecho é revelador: "verifica-se dos autos que a própria operadora, após o ajuizamento e concessão da tutela de urgência em grau recursal, indicou prestador apto e localizado a distância não superior a 10 km do domicílio do autor, de modo que nos parece adequado fixar este parâmetro objetivo, com vistas a conceder mais precisão e previsibilidade ao título executivo que será formado, evitando-se futuros litígios na fase de cumprimento de sentença".¹⁹

A intenção de dar previsibilidade ao título judicial é compreensível, mas o resultado é paradoxal. Pretende-se produzir segurança jurídica por meio da criação de critério que não existe na lei nem na regulação.

A previsibilidade processual de um caso concreto não pode ser obtida à custa da imprevisibilidade regulatória do setor inteiro. O parâmetro "10 km" pode tornar o cumprimento daquela sentença mais simples, mas torna o cumprimento geral da regulação mais incerto, pois cria um dever que não foi previamente incorporado ao produto, à rede, ao contrato ou ao cálculo atuarial.

O Agravo de Instrumento nº 2296742-98.2025.8.26.0000, também do Tribunal de Justiça de São Paulo, ilustra outro aspecto do problema. A decisão de primeiro grau havia fixado atendimento em clínica credenciada "a não mais de 20 minutos da residência do paciente". O Tribunal reconheceu que o tempo de deslocamento poderia ser influenciado por múltiplos fatores e dificultar a fiscalização. Contudo, substituiu o critério temporal por critério quilométrico: "Mais adequado, portanto, como assentado ao azo do parcial deferimento do efeito suspensivo ao presente inconformismo, o estabelecimento de distância máxima entre a residência da parte agravada e o estabelecimento credenciado, até 10 km, conforme precedentes desta c. Câmara".²⁰

¹⁹SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (7. Câmara de Direito Privado). Apelação Cível nº 1159135-85.2024.8.26.0100. Relator: Des. Fernando Reverendo Vidal Akaoui. Julgado em: 13 fev. 2026.

²⁰SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (1. Câmara de Direito Privado). Agravo de Instrumento nº 2296742-98.2025.8.26.0000. Relator: Des. Antonio Carlos Santoro Filho. Julgado em: 10 nov. 2025.

E assim ficou a ementa do julgado:

Agravo de Instrumento. Ação de Obrigação de Fazer. Recurso parcialmente provido. I . Caso em Exame 1. Agravo de instrumento interposto contra decisão que deferiu tutela de urgência, determinando à ré a cobertura de tratamento multidisciplinar ao autor, em clínica credenciada a não mais de 20 minutos da residência do paciente, sob pena de multa. II. Questão em Discussão 2 . A questão em discussão consiste em apreciar (i) se é razoável limitar a distância máxima entre a residência do autor e as clínicas credenciadas para a realização das terapias e (ii) limitação quanto à quantidade de sessões. III. Razões de Decidir 3. A pretensão de limitação da distância para o tratamento é razoável, considerando ser o autor portador de epilepsia e transtorno de espectro autista . A Câmara já estabeleceu precedentes que indicam a distância máxima de 10 km como adequada para garantir o acesso aos serviços de saúde sem comprometer a saúde do autor. 4. O tratamento deve ser realizado na quantidade de sessões indicada pelo médico assistente, não havendo elemento técnico a indicar, com segurança, inadequação. IV . Dispositivo e Tese 5. Recurso parcialmente provido para estabelecer que o atendimento deve ocorrer em clínica credenciada localizada a um máximo de 10 km da residência do autor. Tese de julgamento: 1. A distância máxima para o atendimento, no caso, deve ser de 10 km da residência do paciente . 2. A decisão deve assegurar o acesso ao tratamento necessário, respeitando a condição do autor. Legislação Citada: Lei nº 14.454/2022, art . 10 da Lei nº 9.656/98. Jurisprudência Citada: STJ, EREsp n. 1 .886.929/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022 . TJSP, Agravo de Instrumento 2246122-19.2024.8.26 .0000, Rel. Claudio Godoy, 1ª Câmara de Direito Privado, Foro de Caieiras - 1ª Vara, julgado em 12/11/2024, registrado em 12/11/2024.

(TJ-SP - Agravo de Instrumento: 22967429820258260000
Guarulhos, Relator.: Antonio Carlos Santoro Filho, Data de
Julgamento: 10/11/2025, 1ª Câmara de Direito Privado, Data de
Publicação: 10/11/2025)

A crítica ao critério de tempo de deslocamento é correta: trânsito, transporte público, horário, obras, clima e mobilidade urbana tornam o tempo variável e de difícil fiscalização. Mas o critério de quilômetros não resolve o vício de origem. Ele apenas substitui um elemento subjetivo por outro sem base normativa. A distância em linha reta ou por trajeto viário? A partir de qual endereço? Residência do beneficiário, residência do guardião, escola, trabalho dos pais ou clínica anterior? A cada mudança de endereço dentro do mesmo município, a operadora passaria a ter de redesenhar a rede? Essas perguntas mostram que o aparente objetivismo do quilômetro é apenas aparente.

A Apelação Cível nº 1011521-31.2024.8.26.0309 reforça o critério judicial de raio. A ementa menciona condenação para fornecimento de tratamento multidisciplinar "em clínica credenciada no raio de 10 km da residência, sob pena de custeio integral em clínica particular".²¹ O mesmo acórdão afirma que "A imposição de deslocamento de 20 km para criança com TEA realizar terapias de frequência quase diária constitui obstáculo ao acesso ao tratamento".²²

Nestes termos:

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÕES. PLANO DE SAÚDE. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) . COBERTURA DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. DANOS MORAIS. RECURSOS DESPROVIDOS. I . Caso em Exame 1. Apelações interpostas contra sentença que julgou parcialmente procedentes os pedidos para condenar operadora de plano de saúde a fornecer tratamento multidisciplinar (terapia ABA, psicoterapia, fonoterapia, musicoterapia e terapia ocupacional) a menor portador de TEA, em clínica credenciada no raio de 10 km da residência, sob pena de custeio integral em clínica particular, além de condenação ao

²¹SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (2. Câmara de Direito Privado). Apelação Cível nº 1011521-31.2024.8.26.0309. Relator: Des. José Carlos Ferreira Alves. Julgado em: 6 fev. 2026.

²²SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (2. Câmara de Direito Privado). Apelação Cível nº 1011521-31.2024.8.26.0309. Relator: Des. José Carlos Ferreira Alves. Julgado em: 6 fev. 2026.

pagamento de R\$ 5.000,00 a título de danos morais. A ré pleiteia a reforma integral da sentença, arguindo cerceamento de defesa e alegando ausência de obrigação de cobertura . O autor busca majoração da indenização por danos morais. II. Questão em Discussão 2. A controvérsia consiste em determinar se a operadora está obrigada a custear o tratamento multidisciplinar prescrito para criança com TEA em clínica próxima à residência do paciente e se a recusa injustificada configura dano moral indenizável . III. Razões de Decidir 3. Rejeitada preliminar de cerceamento de defesa, pois o feito encontrava-se suficientemente instruído com laudos médicos detalhados, sendo desnecessária a realização de perícia. A operadora de plano de saúde está obrigada a custear o tratamento prescrito por profissional habilitado, sendo vedada ingerência sobre decisões clínicas . A imposição de deslocamento de 20 km para criança com TEA realizar terapias de frequência quase diária constitui obstáculo ao acesso ao tratamento. A recusa injustificada, seguida de postergações burocráticas e oferecimento de atendimento inadequado, ultrapassou o mero inadimplemento contratual, configurando violação aos direitos fundamentais à saúde e à dignidade da pessoa humana. O valor de R\$ 5.000,00 mostra-se adequado e proporcional às funções compensatória e pedagógica da indenização . IV. Dispositivo 4. Negado provimento a ambos os recursos.

(TJ-SP - Apelação Cível: 10115213120248260309 Jundiaí, Relator.: José Carlos Ferreira Alves, Data de Julgamento: 06/02/2026, 2ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 06/02/2026)

Novamente, o problema não é reconhecer que uma distância concreta possa dificultar um tratamento frequente. O problema é transformar essa constatação em regra de insuficiência da rede, sem passar pelo procedimento regulatório adequado.

Se 20 km é obstáculo, por que 13,3 km não seria? Se 10 km é regra para uma câmara, por que 15 km ou 30 km seriam admissíveis em outra? Qual estudo de impacto regulatório definiu o número? Qual resolução da ANS atribuiu à residência do beneficiário o papel

de centro da cobertura? A ausência de respostas normativas demonstra o caráter judicialmente criado do parâmetro.

A propósito, tais decisões, feitas com base em valores jurídicos abstratos de "razoabilidade" ou "dignidade da pessoa humana", em detrimento do ordenamento jurídico positivado e sem avaliar o impacto no setor, viola o art. 20 da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro (LINDB)²³:

Art. 20. Nas esferas administrativa, controladora e judicial, não se decidirá com base em valores jurídicos abstratos sem que sejam consideradas as consequências práticas da decisão.

O Tribunal de Justiça do Paraná, em caso envolvendo Ponta Grossa e Campo Largo, manteve o custeio integral fora da rede a partir de fundamentação centrada na proximidade do tratamento em relação ao domicílio do beneficiário e na continuidade terapêutica.

No voto, consignou-se que "para eficácia do método [do tratamento], os vínculos entre o profissional e o paciente são fundamentais, não sendo razoável e recomendável a transferência do tratamento a outro município, distante do domicílio do autor.". Em seguida, o acórdão reforçou que "A disponibilização de tratamento de saúde ao autor perante município diverso e distante da residência dele (...) afronta o princípio da dignidade humana".²⁴

A fundamentação evidencia hipótese típica de ativismo judicial em matéria regulatória. Em vez de aplicar a resposta já prevista no ordenamento jurídico positivado, o acórdão recorre a expressões abertas como "razoável", "recomendável" e "dignidade humana" para afastar, na prática, a disciplina normativa editada pela autoridade competente. O problema não está na relevância abstrata desses valores, mas no seu emprego como fundamento suficiente para criar exceção não prevista na regulação setorial.

Paradoxalmente, a própria jurisprudência paranaense demonstra a insegurança do critério. Na Apelação Cível nº 0007306-60.2024.8.16.0033, a 8ª Câmara Cível afastou o dever de custeio fora da rede porque havia prestador credenciado a 13,3 km da residência do infante. A ementa consignou: "REDE DISPONÍVEL SITUADA A 13,3KM DA

²³BRASIL. Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942. Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro. Art. 20. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657compilado.htm. Acesso em: 8 maio 2026.

²⁴PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (8. Câmara Cível). Apelação Cível nº 0035892-86.2023.8.16.0019. Relator: Des. Substituto Antonio Domingos Ramina Junior. Julgado em: 28 out. 2024.

RESIDÊNCIA DO INFANTE. DISTÂNCIA QUE NÃO OBSTACULIZA O TRATAMENTO".²⁵

No voto, a relatora afirmou que "Ainda que se reconheça as dificuldades no deslocamento do Autor, dado o diagnóstico de TEA, a distância de 13,3km não pode ser considerada como óbice à realização das terapias".²⁶

O contraste é claro: em São Paulo, decisões fixam 10 km como limite; no Paraná, 13,3 km pode ser considerado razoável; 20 km pode ser obstáculo; 30 km e 35 km aparecem como situações de excepcionalidade; 90 km é tido como incompatível. A gradação até pode parecer intuitiva, mas não é normativa.

Esse panorama revela que a jurisprudência estadual tem, comumente, substituído o critério legal e regulatório de suficiência da rede assistencial por parâmetros judiciais casuísticos, construídos a partir de expressões como "razoabilidade", "distância possível", "obstáculo ao tratamento" ou "dignidade da pessoa humana". Ao eleger distâncias variáveis conforme a percepção do julgador, sem base normativa e sem exame mínimo das consequências práticas da decisão para a organização da rede, para a precificação dos produtos e para o equilíbrio do setor, tais decisões deslocam a regulação da esfera técnica competente para a esfera judicial, instaurando insegurança jurídica e fragmentação regulatória.

O PROBLEMA DA FIXAÇÃO JUDICIAL DE DISTÂNCIA MÁXIMA ENTRE O PRESTADOR E A RESIDÊNCIA DO BENEFICIÁRIO

Como demonstrado no tópico anterior, não existe base legal ou normativa para fixar distância máxima entre o prestador de serviço e a residência do beneficiário como critério de suficiência da rede assistencial. A legislação federal e as normas da ANS adotam parâmetros territoriais objetivos, como município da demanda, municípios limítrofes e região de saúde. Não há, contudo, qualquer previsão de raio domiciliar obrigatório de 10 km, 15 km, 20 km ou 30 km. A criação judicial desse parâmetro, portanto, não representa simples interpretação da norma existente, mas verdadeira inovação regulatória sem suporte no ordenamento positivado.

O primeiro problema é de legalidade.

²⁵PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (8. Câmara Cível). Apelação Cível nº 0007306-60.2024.8.16.0033. Relatora: Des. Ana Cláudia Finger. Julgado em: 15 dez. 2025.

²⁶PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (8. Câmara Cível). Apelação Cível nº 0007306-60.2024.8.16.0033. Relatora: Des. Ana Cláudia Finger. Julgado em: 15 dez. 2025.

A Constituição Federal estabelece, no art. 5º, inciso II, que "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei"²⁷.

Ainda que não se pretenda aprofundar, neste artigo, a discussão teórica sobre se a expressão "lei" deve ser compreendida em sentido estrito ou em sentido amplo, por qualquer que seja o prisma analisado, a conclusão é que não existe, na Lei nº 9.656/1998, na Lei nº 9.961/2000 ou nas Resoluções Normativas da ANS, qualquer previsão que autorize a aferição da disponibilidade da rede assistencial a partir da distância entre a residência do beneficiário e o prestador.

A obrigação imposta judicialmente, nesses casos, nasce exclusivamente de juízo casuístico fundado em expressões abertas, como razoabilidade, dignidade da pessoa humana, distância possível ou conveniência do deslocamento. Esses valores possuem relevância constitucional, mas não podem ser utilizados como autorização genérica para afastar a disciplina normativa específica do setor regulado. Quando a ANS define critérios objetivos de garantia de atendimento e o Poder Judiciário substitui esses critérios por raio domiciliar não previsto em lei ou norma, deixa-se de interpretar o Direito vigente e passa-se a criar obrigação nova. Nesse ponto, a decisão judicial viola o princípio da legalidade, porque obriga a operadora a fazer algo que nenhuma norma previamente estabeleceu.

O segundo problema é de segurança jurídica.

A Constituição Federal consagra, no art. 5º, inciso XXXVI, que "a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada"²⁸. No âmbito da saúde suplementar, a operadora estrutura seus produtos, contrata sua rede, registra sua área de atuação, precifica seus planos e dimensiona sua operação com base nos critérios definidos pela legislação e pela regulação setorial. Se a rede é disponibilizada conforme a Lei nº 9.656/1998 e as normas da ANS, há cumprimento regular da obrigação contratual e regulatória. Não é juridicamente adequado converter esse cumprimento em inadimplemento mediante a criação posterior de parâmetro judicial inexistente no momento da contratação, do registro do produto e da organização da rede.

A insegurança se torna ainda mais evidente quando se observa a natureza subjetiva e móvel do critério domiciliar. A residência do beneficiário não é critério regulatório de

²⁷BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Art. 5º, II. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 8 maio 2026.

²⁸BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Art. 5º, XXXVI. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 8 maio 2026.

suficiência da rede. Beneficiários podem mudar de endereço dentro do mesmo município. Crianças podem estudar em local diverso da residência. Pais e responsáveis podem trabalhar em outros bairros ou cidades. O beneficiário pode preferir prestador próximo à escola, ao trabalho dos genitores, à residência de familiares ou à clínica em que já estabeleceu vínculo terapêutico. Se a obrigação da operadora passa a ser aferida a partir dessas circunstâncias individuais e mutáveis, a rede deixa de ser planejada segundo parâmetros gerais e passa a depender de um mapa particular de conveniência de cada usuário.

Essa lógica é incompatível com o funcionamento de um setor regulado. Não é possível exigir que a operadora antecipe, em tempo real, onde residem todos os beneficiários, quais tratamentos futuramente serão demandados, em qual bairro cada tratamento será considerado adequado e qual distância será reputada aceitável por cada magistrado. O resultado é a fragmentação do dever regulatório: uma mesma rede pode ser considerada suficiente segundo a ANS, insuficiente para um juízo que adote 10 km, suficiente para outro que admita 13,3 km e inadequada para outro que utilize tempo de deslocamento. A consequência é a substituição da previsibilidade regulatória por um regime de incerteza decisória.

O terceiro problema é institucional. A Constituição Federal estabelece, no art. 2º, que "São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário"²⁹. A Lei nº 9.961/2000 atribuiu à Agência Nacional de Saúde Suplementar competência para regular o setor, inclusive para fixar critérios relacionados ao credenciamento e descredenciamento de prestadores, estabelecer parâmetros de cobertura assistencial, exercer controle e avaliação da garantia de acesso e avaliar mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras³⁰. Portanto, a definição dos critérios geográficos e assistenciais de disponibilidade da rede foi legalmente conferida à ANS, dentro de sua função técnica e regulatória.

Quando o Poder Judiciário cria critério diverso daquele fixado pela agência reguladora, ele não apenas resolve o caso concreto: interfere na arquitetura normativa do setor. A fixação de raio máximo domiciliar não é uma simples consequência da cobertura contratual; é um novo critério de organização da rede assistencial. E critérios dessa

²⁹BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Art. 2º. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 8 maio 2026.

³⁰BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Art. 4º, IV, V, XXIV e XXVIII. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 8 maio 2026.

natureza exigem avaliação técnica, dados de oferta de prestadores, análise de impacto, consulta aos agentes regulados, mensuração de custos, consideração das diferenças regionais e compatibilização com a sustentabilidade do sistema. Ao fazê-lo judicialmente, sem esse procedimento e sem competência regulatória, o Judiciário se sobrepõe ao espaço normativo atribuído pelo legislador à ANS.

Portanto, a fixação judicial de distância máxima entre residência e prestador viola simultaneamente a legalidade, a segurança jurídica e a separação dos poderes. A operadora deve cumprir a lei, o contrato e a regulação setorial; não pode ser compelida a cumprir parâmetro criado casuisticamente, sem base normativa, sem previsibilidade e sem análise das consequências práticas para o setor. No regime jurídico vigente, a suficiência da rede assistencial deve ser aferida pelos critérios objetivos definidos pela ANS, e não por raios domiciliares judicialmente construídos.

A SUSTENTABILIDADE DO SETOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Encaminhando-se para a conclusão do presente artigo, tem-se que é necessário, ainda, tecer comentários sobre a sustentabilidade do setor da saúde suplementar diante de decisões judiciais como as aqui colacionadas.

A discussão sobre distância máxima não é apenas formal. Ela produz efeitos práticos relevantes sobre a sustentabilidade do setor de saúde suplementar. Planos de saúde funcionam com base em rede contratada, previsibilidade de custos, mutualismo e regulação estatal. A obrigação de custear integralmente prestador não credenciado por estar mais próximo da residência do beneficiário altera esse arranjo: transforma produto de rede em produto de livre escolha, sem a correspondente base contratual, regulatória ou atuarial.

A manifestação da ANS transcrita no REsp nº 1.842.475/SP é elucidativa. A agência advertiu 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".³¹

³¹BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). Recurso Especial nº 1.842.475/SP. Relator para acórdão: Ministro Marco Buzzi. Julgado em: 27 set. 2022. DJe: 16 fev. 2023. Manifestação da ANS como amicus curiae transcrita no acórdão, p. 8-16.

A mesma manifestação acrescentou que "Haveria reflexos para o conjunto de beneficiários daquela operadora, tendo em vista potenciais impactos nas despesas assistenciais"³².

Esse ponto é essencial.

A obrigação criada em uma demanda individual não se esgota entre as partes. Em um sistema mutualista, custos assistenciais extraordinários tendem a ser distribuídos pela carteira, afetando reajustes, sustentabilidade de produtos, composição de rede e acesso de outros beneficiários.

Também no REsp nº 1.842.475/SP, a ANS explicou a lógica de repartição de custos: "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".³³

Se essa repartição é premissa do sistema, decisões que ampliam obrigações sem base normativa não são neutras. Elas redistribuem custos não previstos e podem alterar o preço coletivo de produtos contratados por milhares de beneficiários que não participaram da demanda.

Há ainda um problema operacional.

A rede credenciada não é uma lista acidental de prestadores; ela decorre de contratação, negociação de valores, auditoria, padrões mínimos, rotinas de autorização, comunicação com a operadora, fiscalização e responsabilidade administrativa. Quando o Judiciário impõe custeio integral em prestador particular por proximidade residencial, a operadora é obrigada a financiar uma relação assistencial que não estruturou, não negociou e nem sempre consegue auditar nos mesmos termos da rede – escancarando as portas para fraudes e desperdícios de valiosos recursos do setor.

É claro que a RN nº 566/2022 admite, em hipóteses específicas, atendimento por prestador não integrante da rede e pagamento direto mediante acordo. Mas isso ocorre dentro da ordem regulatória, quando configurada a indisponibilidade ou inexistência nos termos da norma. A exceção regulada não pode ser convertida em regra judicial. O art. 4º, § 1º, ao prever pagamento ao prestador não integrante da rede, pressupõe uma falha

³²BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). Recurso Especial nº 1.842.475/SP. Relator para acórdão: Ministro Marco Buzzi. Julgado em: 27 set. 2022. DJe: 16 fev. 2023. Manifestação da ANS como amicus curiae transcrita no acórdão, p. 8-16.

³³BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). Recurso Especial nº 1.842.475/SP. Relator para acórdão: Ministro Marco Buzzi. Julgado em: 27 set. 2022. DJe: 16 fev. 2023. Manifestação da ANS como amicus curiae transcrita no acórdão, p. 8-16.

de disponibilidade no município ou a necessidade de acionar a alternativa normativa. Não autoriza o beneficiário a substituir a rede por outra mais conveniente sob o argumento de distância domiciliar.

Outro ponto frequentemente ignorado é que operadoras investem em rede própria, centros terapêuticos, clínicas credenciadas e contratos de longo prazo. A criação judicial de raios residenciais pode esvaziar esses investimentos. Se a rede própria está no município e atende ao procedimento, mas é afastada porque se situa a mais de determinado número de quilômetros da casa do beneficiário, a decisão não apenas tutela um caso individual; ela redefine a utilidade econômica e regulatória de toda a rede construída pela operadora. A dificuldade é ainda maior em municípios extensos ou regiões metropolitanas densas. Em cidades grandes, um prestador no mesmo município pode estar a 20 km da residência e, ainda assim, ser compatível com o critério regulatório. Em cidades pequenas, 10 km podem ultrapassar limites municipais. Em regiões conurbadas, um prestador em município limítrofe pode ser mais próximo do que um prestador no próprio município. Esses exemplos mostram por que a ANS adotou categorias territoriais públicas e não um círculo rígido em torno de cada residência.

O problema da mobilidade urbana também não pode ser transferido integralmente às operadoras.

Trânsito, transporte público deficiente, vias precárias e desigualdade territorial são problemas de política pública municipal, estadual e federal. A saúde suplementar pode ser obrigada a fornecer transporte nos casos em que a RN nº 566/2022 assim determina, mas não pode ser convertida em garantidora universal de mobilidade para todo e qualquer tratamento a uma distância judicialmente confortável. A obrigação regulatória é garantir acesso assistencial conforme a área contratada e os prazos; não reordenar a cidade.

A imposição de astreintes elevadas e danos morais sobre obrigação criada sem base normativa agrava o quadro. Se a operadora descumpre a lei ou norma da ANS, a sanção judicial é legítima. Mas quando a condenação nasce de um critério novo, como "10 km da residência", a multa deixa de reforçar a regulação e passa a punir a não observância de obrigação imprevisível. A operadora pode ter rede apta no município, pode ter cumprido prazos e pode ter indicado prestador habilitado; ainda assim, será considerada inadimplente porque o prestador não se situa dentro do raio judicial.

Esse modelo compromete a igualdade entre beneficiários. Dois usuários do mesmo produto, no mesmo município, com o mesmo procedimento e a mesma rede, podem receber tratamentos jurídicos distintos apenas porque residem em bairros diversos. Um

terá a rede considerada suficiente; outro poderá obter custeio integral fora da rede porque mora longe do prestador. A obrigação da operadora passa a depender menos do produto contratado e mais da localização residencial individual. Esse resultado é incompatível com a lógica regulatória, que organiza a cobertura por área de atuação do produto, e não por domicílio personalizado.

Sob o ponto de vista institucional, a sustentabilidade também exige deferência regulatória. Deferência não significa blindagem da ANS nem imunidade das operadoras. Significa reconhecer que escolhas técnicas sobre suficiência de rede, prazos, critérios territoriais e consequências do descumprimento foram atribuídas a uma agência especializada por lei federal. O Judiciário conserva a função de controlar ilegalidades, omissões, abusos e falhas de aplicação. Mas não deve substituir a opção regulatória por um critério que parece justo no caso concreto, mas que não foi testado, debatido ou incorporado ao sistema.

A própria RN nº 566/2022 já contém resposta para situações de falha de rede: indicação de prestador não integrante da rede no mesmo município, atendimento em município limítrofe, atendimento na região de saúde, transporte e reembolso integral quando houver descumprimento. O sistema não é vazio. Substituí-lo por distância máxima residencial enfraquece a regulação existente e cria incentivos para que toda divergência sobre conveniência de deslocamento se converta em litígio sobre custeio integral fora da rede. Em última análise, a judicialização da distância máxima desloca o debate da suficiência da rede para a conveniência individual da rede. A suficiência é regulatória: há prestador apto, na área pertinente, dentro do prazo, para o procedimento coberto? A conveniência é pessoal: a clínica é a mais próxima, a mais confortável, a que mantém vínculo anterior, a que melhor se encaixa na rotina familiar? O direito pode considerar a conveniência em situações excepcionais, mas não pode transformá-la em critério geral de adimplemento sem norma que o autorize.

CONCLUSÃO

A análise desenvolvida ao longo deste artigo conduz a uma conclusão objetiva: não existe, no ordenamento jurídico da saúde suplementar, critério de distância máxima entre a residência do beneficiário e o prestador de serviço para aferição da suficiência da rede assistencial. A Lei nº 9.656/1998 não institui raio domiciliar obrigatório. A Lei nº 9.961/2000 atribui à ANS a competência técnica para regular a garantia de acesso, a organização da rede e os critérios assistenciais aplicáveis ao setor. As Resoluções

Normativas ANS nº 566/2022 e nº 665/2026, por sua vez, adotam parâmetros territoriais objetivos: município da demanda, municípios limítrofes e região de saúde, sempre associados aos prazos máximos de atendimento e às hipóteses reguladas de indisponibilidade ou inexistência de prestador.

Nesse contexto, a fixação judicial de limites como 10 km, 15 km, 20 km ou 30 km da residência do beneficiário não representa mera concretização da norma vigente, mas criação de obrigação nova. O Poder Judiciário pode controlar a legalidade da conduta da operadora, exigir comprovação da aptidão do prestador indicado, reconhecer o descumprimento das normas da ANS, determinar transporte ou reembolso integral quando presentes as hipóteses regulatórias. O que não pode fazer é substituir o critério normativo definido pela autoridade competente por um parâmetro casuístico, sem base legal, sem previsibilidade e sem análise das consequências práticas para o setor.

A jurisprudência examinada demonstra justamente esse risco. Em determinados casos, expressões como "razoabilidade", "distância possível", "obstáculo ao tratamento" e "dignidade da pessoa humana" vêm sendo utilizadas para afastar a estrutura regulatória positivada e transformar a residência do beneficiário no centro de uma cobertura personalizada. O resultado é a fragmentação da regulação: a mesma rede pode ser considerada suficiente ou insuficiente conforme a percepção subjetiva do julgador, a comarca, a câmara julgadora ou a distância reputada aceitável no caso concreto.

Essa prática viola a legalidade, porque impõe às operadoras obrigação não prevista em lei ou norma da ANS. Compromete a segurança jurídica, porque torna imprevisível o cumprimento contratual e regulatório de produtos estruturados com base em área de atuação, rede assistencial e cálculo atuarial. E afronta a separação dos poderes, porque desloca para o Judiciário uma função normativa e técnica atribuída pelo legislador à agência reguladora.

A proteção do beneficiário não exige o abandono da legalidade. Ao contrário, a efetividade do sistema depende da aplicação rigorosa das regras existentes. Se a operadora descumprir a RN nº 566/2022, deve suportar as consequências normativas cabíveis. Mas, se disponibiliza rede conforme os critérios legais e regulatórios, não pode ser considerada inadimplente apenas porque o prestador indicado não se encontra dentro de um raio judicialmente fixado. A suficiência da rede assistencial deve ser medida pelo Direito posto, não por distâncias criadas caso a caso.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2022.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa ANS nº 665, de 26 de fevereiro de 2026. Regulamenta o conceito de Região de Saúde previsto no inciso V do § 1º do artigo 1º e altera o § 2º do artigo 1º da Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Rio de Janeiro: ANS, 2026. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?format=raw&id=NDgwOA%3D%3D&task=textoLei&view=legislacao>>. Acesso em: 7 maio 2026.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 7 maio 2026.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942. Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro. Art. 20. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657compilado.htm. Acesso em: 8 maio 2026.
- BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acesso em: 7 maio 2026.
- BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm>. Acesso em: 7 maio 2026.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). Recurso Especial nº 1.842.475/SP. Relator originário: Ministro Luis Felipe Salomão. Relator para acórdão: Ministro Marco Buzzi. Julgado em: 27 set. 2022. DJe: 16 fev. 2023.
- PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (8. Câmara Cível). Apelação Cível nº 0007306-60.2024.8.16.0033. Relatora: Desembargadora Ana Cláudia Finger. Julgado em: 15 dez. 2025.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (8. Câmara Cível). Apelação Cível nº 0035892-86.2023.8.16.0019. Relator: Desembargador Substituto Antonio Domingos Ramina Junior. Julgado em: 28 out. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (1. Câmara de Direito Privado). Agravo de Instrumento nº 2296742-98.2025.8.26.0000. Relator: Desembargador Antonio Carlos Santoro Filho. Julgado em: 10 nov. 2025.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (2. Câmara de Direito Privado). Apelação Cível nº 1011521-31.2024.8.26.0309. Relator: Desembargador José Carlos Ferreira Alves. Julgado em: 6 fev. 2026.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (7. Câmara de Direito Privado). Apelação Cível nº 1159135-85.2024.8.26.0100. Relator: Desembargador Fernando Reverendo Vidal Akaoui. Julgado em: 13 fev. 2026.