

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.395.910 - BA (2018/0295092-0)

RELATORA : MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
AGRAVANTE : UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS : MARCELO PAGANI DEVENS E OUTRO(S) - ES008392
FLAVIA MATTOS E SANTOS - BA025668
ANDRÉ PORTAL DIAS MACIEL - ES023853
AGRAVADO : LUZENILDES MARIA DOS SANTOS
ADVOGADOS : WILKER CAMPOS CHAGAS - BA020868
RODRIGO ALVES SANTOS ALFANO E OUTRO(S) - BA033934

DECISÃO

Trata-se de agravo contra decisão que negou seguimento a recurso especial interposto em face de acórdão assim ementado (fl. 490, e-STJ):

DIREITO CIVIL, PROCESSUAL CIVIL E DEFESA DO CONSUMIDOR. APELAÇÕES SIMULTÂNEAS. PLANO DE SAÚDE. OBESIDADE MÓRBIDA. INTERNAMENTO EM CLÍNICA ESPECIALIZADA. RELATÓRIOS MÉDICOS E PSICOLÓGICO RECOMENDANDO A INTERNAÇÃO DA PACIENTE. RECUSA DA SEGURADORA. IMPOSSIBILIDADE. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. ART. 20, §3º C/C ART.21, CPC. INCIDÊNCIA. PRELIMINAR. REJEIÇÃO. REFORMA PARCIAL DA SENTENÇA.

I- Quando a questão de mérito for unicamente de direito, ou, sendo de direito e de fato, não houver necessidade de produzir prova em audiência, a lide deverá ser julgada antecipadamente (artigos 130 e 330, I, do CPC), não se configurando, com isso, qualquer cerceamento de defesa, nem tampouco nulidade da sentença. PRELIMINAR REJEITADA.

II- O contrato de seguro saúde submete-se às normas consumeristas, pois os seus contratantes se enquadram nos conceitos subjetivos previstos nos artigos 2º e 3º da Lei 8.078/90.

III- O objetivo contratual da assistência médica corresponde, necessariamente, à obrigação de restabelecer ou procurar recompor, através dos meios técnicos possíveis, a saúde do paciente, vedada, portanto, qualquer limitação contratual que impeça a prestação do serviço. Aplicação do Princípio da Boa fé Objetiva e dos arts. 47 e 51, IV, do CDC.

IV- Não restaram evidenciados os requisitos para a condenação ao dano moral, ante a ausência plausibilidade de concreta ofensa à sua

integridade psíquica, assim como ausência de provas suficientes da repercussão.

V- Os honorários do advogado da parte vencedora serão fixados na forma do artigo 20, § 3º, do Código de Processo Civil, consideradas as circunstâncias mencionadas, como critérios equitativos empregados pelo juiz, de modo que sejam condizentes com a atuação dos procuradores e a natureza da causa, impondo-se a reforma parcial da sentença para determinar que os honorários advocatícios sejam no percentual de 15%, sobre o valor da causa.

PRELIMINAR REJEITADA. RECURSO DO RÉU NÃO PROVIDO E RECURSO DO AUTOR CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fls. 540/547, e-STJ).

Nas razões do recurso especial, a agravante alega violação aos arts. 130, 330, I, 535, II, do Código de Processo Civil de 1973; 51, IV, 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor; 10, § 4º e 12, VI, da Lei 9.656/98.

Sustenta, de início, que o acórdão recorrido é omissor. Alega a ocorrência de cerceamento de defesa, uma vez que a produção de prova pericial seria imprescindível para o deslinde do feito.

Argumenta que o atendimento em clínica de SPA não é previsto no rol da ANS de procedimentos obrigatórios e que havia expressa exclusão contratual dessa espécie de tratamento.

Requer, subsidiariamente, a limitação da cobertura contratual aos valores descritos na tabela da operadora.

Foram apresentadas contrarrazões às fls. 581/621, e-STJ.

O recurso não foi admitido na origem, nos termos da decisão de fls. 629/631, e-STJ.

Assim delimitada a controvérsia, passo a decidir.

A Súmula nº 568, desta Corte, dispõe que “relator, monocraticamente e no Superior Tribunal de Justiça, poderá dar ou negar provimento ao recurso quando houver entendimento dominante acerca do tema”.

No tocante às alegações de ofensa ao art. 535, II, do Código de Processo Civil, verifico que essas não merecem prosperar. Isso porque, consoante entendimento

consolidado desta Corte, o recorrente não possui o direito de ter todos os argumentos alegados rebatidos, cabendo ao tribunal analisar e debater as questões principais para o deslinde da controvérsia.

Ademais, verifico que o Tribunal de origem analisou expressamente as questões levantadas pelo recorrente, de modo que não configura omissão ou negativa de prestação jurisdicional o fato de o acórdão ter sido proferido em sentido contrário ao desejado por ele.

Dessa forma, tendo a decisão analisado de forma fundamentada as questões trazidas, não há que se falar nos vícios apontados, nos termos do acórdão cuja ementa transcrevo abaixo:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. DIREITOS DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. ÍNDOLE ABUSIVA DE CLÁUSULA QUE EXCLUI COBERTURA DE HOME CARE. INTERESSE COLETIVO. COMPROVAÇÃO. LEGITIMIDADE DA ASSOCIAÇÃO PARA TUTELAR DIREITOS INDIVIDUAIS HOMOGÊNEOS. SÚMULA 83/STJ.

1. Não ocorre violação ao art. 535 do CPC/1973 quando o acórdão recorrido decide a causa com base em fundamentação sólida, sem nenhuma omissão ou contradição. Ademais, o órgão julgador não está obrigado a responder questionamentos das partes, mas apenas a declinar as razões de seu convencimento motivado.

2. O caráter coletivo de interesse a ser tutelado em ação civil pública se reconhece a partir da possibilidade de lesão a uma universalidade de consumidores, caracterizando a homogeneidade do direito. Incidência da Súmula 83/STJ.

3. As entidades sindicais e as associações têm legitimidade ativa ad causam na defesa, em juízo, dos direitos coletivos ou individuais homogêneos de toda a categoria que representam ou de apenas parte dela. Precedentes.

4. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 508.778/PE, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 22/5/2018, DJe 25/5/2018)

Também não prosperam as alegações de cerceamento de defesa, sob o

argumento de ser indispensável a produção de prova pericial para demonstração da desnecessidade do tratamento deferido; da existência de alternativas e da possibilidade de realização do atendimento em hospitais ou clínicas integrantes da rede credenciada do plano de saúde.

Com efeito, é firme a jurisprudência desta Corte no sentido de que compete às instâncias ordinárias exercer juízo acerca da necessidade, ou não, de dilação probatória, tendo em vista sua proximidade com as circunstâncias fáticas da causa, cujo reexame é vedado em âmbito de especial, ao teor da Súmula 7/STJ. A propósito, cito os seguintes precedentes:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. INDEFERIMENTO DE PROVA PERICIAL. CERCEAMENTO DE DEFESA. INEXISTENTE. SÚMULA 7/STJ. RECUSA DE TRATAMENTO DOMICILIAR. ÍNDOLE ABUSIVA. JURISPRUDÊNCIA. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. Não de ser levados em consideração os princípios da livre admissibilidade da prova e do livre convencimento do juiz, que, nos termos do art. 370 do Código de Processo Civil, permitem ao julgador determinar as provas que entende necessárias à instrução do processo, bem como o indeferimento daquelas que considerar inúteis ou protelatórias. A análise acerca da suficiência do acervo probatório demandaria revolvimento de fatos e provas, providência incompatível com o apelo especial, conforme Súmula 7/STJ.

2. É abusiva cláusula de plano de saúde que exclui o tratamento de segurado em ambiente ambulatorial/domiciliar. Precedentes.

3. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1203137/SP, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 13/3/2018, DJe 19/3/2018)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO (ART. 544 DO CPC/73) - AÇÃO CONDENATÓRIA - PLANO DE SAÚDE - FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA DA RÉ.

1. O Superior Tribunal de Justiça possui entendimento consolidado no

sentido de que inexistente cerceamento de defesa quando o julgador considera desnecessária a produção de prova diante da existência, nos autos, de elementos suficientes para a formação de seu convencimento. 1.1. A revisão do entendimento acerca da suficiência dos elementos probatórios reclama, necessariamente, o reenfrentamento do conjunto fático-probatório dos autos, o que é vedado, na estreita via do recurso especial, ante o óbice da Súmula 7/STJ. 1.2 A incidência da mencionada Súmula nº 7/STJ impede, também, o exame de dissídio jurisprudencial, na medida em que falta identidade entre os paradigmas apresentados e os fundamentos do acórdão, tendo em vista a situação fática do caso concreto, com base na qual deu solução à causa a Corte de origem.

2. É firme a jurisprudência desta Corte no sentido de ser incabível a revisão do quantum indenizatório estabelecido na origem a título de danos morais com base, apenas, em divergência jurisprudencial, porquanto, ainda que os julgados confrontados guardem alguma semelhança nas características externas e objetivas, sempre haverá distinção no aspecto subjetivo. Precedentes.

3. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1024146/MT, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 1/3/2018, DJe 7/3/2018)

Na hipótese dos autos, o Tribunal de origem reputou serem suficientes as provas juntadas aos autos para atestar a obrigação do plano de saúde em fornecer à paciente o internamento em clínica especializada em obesidade.

Salientou-se que a consumidora estava acometida com obesidade mórbida severa grau III, tendo sido infrutíferos outros tratamentos tentados. Ressaltou-se que a obesidade era acompanhada por outras enfermidades, inclusive psicológicas.

Cito, assim, os seguintes excertos do acórdão recorrido (fls. 493 e 496, e-STJ):

Compulsados os autos, verifico que a Apelada encontra-se acometida de enfermidade grave, conceituada como obesidade mórbida severa grau III, inclusive com riscos à saúde. Foi submetida a outros tratamentos, sem êxito, com ICM de 40kg.

(...)

Da mesma forma, os relatórios médicos de fls. 37/38, assim como o de avaliação psicológica da paciente, aponta que ficaram

evidenciados alguns sinais psicossociais e disfuncionais em decorrência da obesidade, a exemplo de limitações físicas que causam transtornos no funcionamento ocupacional e social da paciente, bem como sintomas depressivos agudos que também foram notados, em decorrência da obesidade, além de transtorno da compulsão alimentar periódica.

(...)

Esta foi a conclusão dos relatórios médicos e exames clínicos apresentados, especificando que a Apelada possui IMC 40 kg/m² (obesidade grau III, severa), com diversos comprometimentos em sua saúde, inclusive com diagnóstico de doenças associadas, que constituem fatores de risco.

A recorrente sustenta que não teria a obrigação de cobrir a internação da segurada em clínica especializada, em razão de sua obesidade mórbida, porque tal tratamento não se encontra previsto no rol de procedimentos obrigatórios instituído pela ANS e porque havia cláusula contratual expressamente o excluindo.

O Tribunal de origem assim se manifestou sobre o tema (fls. 492/496, e-STJ):

A controvérsia cinge-se em saber se o plano de saúde contratado deve ou não autorizar e custear o internamento da Recorrida na Clínica da Obesidade Ltda., especializada para tratamento de obesos mórbidos.

De plano, importa salientar que o cerne da questão envolve matéria resguardada pelas normas insertas no CDC, que determina interpretação das cláusulas contratuais do plano de saúde da forma mais favorável ao segurado.

Ademais, a introdução da boa-fé objetiva, como princípio geral a ser aplicado a todos os contratos, representa mudança de padrão no direito consumerista, a partir da observância da função social do instrumento, tendo como objetivo, atacar as exigências censuráveis, reputando- as nulas, segundo o que dispõe o art. 51, IV, do CDC.

Neste diapasão, o artigo 10 da Lei nº 9.656/98 estabeleceu o plano básico de atendimento à saúde, determinando a cobertura pelas operadoras das enfermidades previstas na "Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde dentre as quais, a obesidade mórbida, tendo em vista que no seu inciso IV, exclui de cobertura,

tão somente, os tratamentos para emagrecimento com finalidade estética, o que não é o caso dos autos, em face da comprovação da existência de comorbidades.

Assim, a negativa de cobertura, desse modo, afigura-se ilegal, pois contrária às disposições da Lei 9.656/98, vez que a vedação contratual à realização do internamento, indicado por profissional da área médica afeta o próprio objeto do contrato, que é a manutenção da saúde e da vida da segurada, tendo em vista não se tratar de procedimento estético, em razão do elevado grau de obesidade da paciente, ocasionando, inclusive, diversos outros problemas de saúde.

Compulsados os autos, verifico que a Apelada encontra-se acometida de enfermidade grave, conceituada como obesidade mórbida severa grau III, inclusive com riscos à saúde. Foi submetida a outros tratamentos, sem êxito, com ICM de 40kg.

Em que pese a requisição médica, indicativa do internamento em clínica especializada em obesidade como única alternativa plausível de tratamento, a Seguradora se nega a proceder à cobertura, razão pela qual a Recorrida pediu a interferência do Poder Judiciário, objetivando submeter-se ao tratamento intensivo, com acompanhamento de equipe multidisciplinar e dieta alimentar controlada, assim como profissionais médicos e fisiologistas especializados para reversão do quadro evolutivo da doença.

E cediço que o direito à saúde é constitucionalmente assegurado e exigível de imediato.

Da mesma forma, os relatórios médicos de fls. 37/38, assim como o de avaliação psicológica da paciente, aponta que ficaram evidenciados alguns sinais psicossociais e disfuncionais em decorrência da obesidade, a exemplo de limitações físicas que causam transtornos no funcionamento ocupacional e social da paciente, bem como sintomas depressivos agudos que também foram notados, em decorrência da obesidade, além de transtorno da compulsão alimentar periódica.

Observam-se presentes, também, o caráter emergencial e imprescindível do tratamento da Recorrida para uma maior qualidade e expectativa de vida, que pode sofrer o agravamento das comorbidades sofridas em face do excesso de peso, caso não seja tratada.

Neste diapasão, embora a Apelante apresente argumentos acerca da ausência de credenciamento da referida clínica especializada em obesidade em sua rede credenciada, é patente a urgência da

realização do tratamento.

Registre-se, por oportuno, que este Tribunal possui entendimento no sentido da prevalência do princípio da dignidade da pessoa humana em casos semelhantes ao que ora se examina, mormente quando restarem ameaçados direitos fundamentais, principalmente aqueles inerentes à saúde e, conseqüentemente, à vida.

(...)

Ressalte-se, ainda, que não cabe ao Plano de Saúde escolher o melhor tratamento para o paciente, vez que compete ao médico que acompanha o segurado decidir qual a terapia mais adequada, tomando em consideração a gravidade da enfermidade, bem como o tratamento mais recomendado a ser utilizado para aquele indivíduo.

(...)

O internamento na clínica determinada, para o tratamento de obesidade mórbida, longe de ser um tratamento emagrecedor ou de fins estéticos, revela-se como método essencial à sobrevivência da segurada.

Esta foi a conclusão dos relatórios médicos e exames clínicos apresentados, especificando que a Apelada possui IMC 40 kg/m² (obesidade grau III, severa), com diversos comprometimentos em sua saúde, inclusive com diagnóstico de doenças associadas, que constituem fatores de risco.

Extreme de dúvidas, portanto, que o tratamento reportado neste processo não possui objetivo estético, de sorte que não se insere entre aqueles que podem ser excluídos do rol de cobertura dos planos e operadoras de saúde constantes da Resolução Normativa da ANS.

Assim, agiu com acerto o juiz a quo na prolação da sentença favorável, portanto, não há falar-se em afastamento da condenação de obrigação de autorizar o tratamento na clínica indicada.

Nesse mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça já decidiu que é permitido às operadoras de plano de saúde limitar a cobertura de determinadas doenças, de custeio não obrigatório, sendo-lhes vedado, contudo, limitar o procedimento e insumos médico-terapêuticos indicados por profissional habilitado na busca da cura.

A propósito:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. CERCEAMENTO DE DEFESA. NÃO OCORRÊNCIA. OBESIDADE MÓRBIDA. INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA. POSSIBILIDADE. INSUCESSO DE

TRATAMENTOS MULTIDISCIPLINARES AMBULATORIAIS. CONTRAINDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA. DOENÇA COBERTA. SITUAÇÃO GRAVE E EMERGENCIAL. FINALIDADE ESTÉTICA E REJUVENESCEDORA. DESCARACTERIZAÇÃO. MELHORIA DA SAÚDE. COMBATE ÀS COMORBIDADES. NECESSIDADE. DISTINÇÃO ENTRE CLÍNICA DE EMAGRECIMENTO E SPA. DANO MORAL. NÃO CONFIGURAÇÃO.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 1973 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. Ação ordinária que busca o custeio de tratamento contra obesidade mórbida (grau III) em clínica especializada de emagrecimento, pois o autor não obteve sucesso em outras terapias, tampouco podia se submeter à cirurgia bariátrica em virtude de apneia grave e outras comorbidades, sendo a sua situação de risco de morte.

3. É possível o julgamento antecipado da lide quando as instâncias ordinárias entenderem substancialmente instruído o feito, declarando a existência de provas suficientes para o seu convencimento (art. 130 do CPC/1973), sendo desnecessária a produção de prova pericial.

4. A obesidade mórbida é doença crônica de cobertura obrigatória nos planos de saúde (art. 10, caput, da Lei nº 9.656/1998). Em regra, as operadoras autorizam tratamentos multidisciplinares ambulatoriais ou as indicações cirúrgicas, a exemplo da cirurgia bariátrica (Resolução CFM nº 1.766/2005 e Resolução CFM nº 1.942/2010).

5. O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES (art. 8º, parágrafo único, da RN ANS nº 167/2008). Diferenças existentes entre clínica de emagrecimento e SPA.

6. A restrição ao custeio pelo plano de saúde de tratamento de emagrecimento circunscreve-se somente aos de cunho estético ou rejuvenescedor, sobretudo os realizados em SPA, clínica de repouso ou estância hidromineral (arts. 10, IV, da Lei nº 9.656/1998 e 20, § 1º, IV, da RN ANS nº 387/2015), não se confundindo com a terapêutica da obesidade mórbida (como a internação em clínica médica especializada), que está ligada à saúde vital do paciente e não à pura redução de peso almejada para se obter beleza física.

7. Mesmo que o CDC não se aplique às entidades de autogestão, a

cláusula contratual de plano de saúde que exclui da cobertura o tratamento para obesidade em clínica de emagrecimento se mostra abusiva com base nos arts. 423 e 424 do CC, já que, da natureza do negócio firmado, há situações em que a internação em tal estabelecimento é altamente necessária para a recuperação do obeso mórbido, ainda mais se os tratamentos ambulatoriais fracassarem e a cirurgia bariátrica não for recomendada.

8. A jurisprudência deste Tribunal Superior é firme no sentido de que o médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta.

9. Havendo indicação médica para tratamento de obesidade mórbida ou severa por meio de internação em clínica de emagrecimento, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado ao paciente, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica, como último recurso, é fundamental à sobrevida do usuário, inclusive com a diminuição das complicações e doenças dela decorrentes, não se configurando simples procedimento estético ou emagrecedor.

10. Em regra, a recusa indevida pela operadora de plano de saúde de cobertura médico-assistencial gera dano moral, porquanto agrava o sofrimento psíquico do usuário, já combatido pelas condições precárias de saúde, não constituindo, portanto, mero dissabor, ínsito às hipóteses correntes de inadimplemento contratual.

11. Há situações em que existe dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual, não podendo ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, a conduta de operadora que optar pela restrição de cobertura sem ofender, em contrapartida, os deveres anexos do contrato, tal qual a boa-fé, o que afasta a pretensão de compensação por danos morais.

12. Recurso especial parcialmente provido.

(REsp 1645762/BA, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 12/12/2017, DJe 18/12/2017)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO COMINATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA PARTE RÉ.

1. Ainda que admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor - desde

que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil compreensão, nos termos do § 4º do artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor -, revela-se abusivo o preceito excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico, indicado pelo médico que acompanha o paciente, voltado à cura de doença coberta. Precedentes.

2. Nesse contexto, alterar as premissas adotadas pelo decisum atacado, no sentido de haver abusividade na negativa de realização do procedimento requerido, demanda a interpretação das cláusulas contratuais e a rediscussão da matéria fático-probatória, inviável em sede de recurso especial, ante o disposto nas Súmulas 5 e 7 desta Corte.

3. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1174176/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 21/06/2018, DJe 27/06/2018)

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. RECONHECIMENTO. OBRIGAÇÃO DE COBERTURA DE "STENT". REAVALIAÇÃO. SÚMULA Nº 5 DO STJ. REEXAME DO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO. IMPOSSIBILIDADE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 7/STJ. FORNECIMENTO DE MATERIAL IMPRESCINDÍVEL AO TRATAMENTO MÉDICO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 83/STJ. PRECEDENTES. AGRAVO REGIMENTAL NÃO PROVIDO.

1. A alteração das conclusões do acórdão recorrido exige interpretação de cláusula contratual e reapreciação do acervo fático-probatório da demanda, o que faz incidir o óbice das Súmulas nº 5 e 7 do STJ.

2. O entendimento dominante nesta Corte Superior é no sentido de que o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura e que é abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário. Incidência da Súmula nº 83 do STJ.

3. Agravo regimental não provido.

(AgRg no AREsp 549.853/GO, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 11/11/2014, DJe 25/11/2014)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE

TRATAMENTO. TRANSPLANTE DE MEDULA. LIMITAÇÃO CONTRATUAL ABUSIVA. PRECEDENTES.

1. A Jurisprudência deste Superior Tribunal de Justiça está firmada no sentido de que, ainda que possível o contrato de saúde prever limitação aos direitos do consumidor, evidencia abusividade a exclusão do custeio dos meios necessários ao melhor tratamento clínico ou internação hospitalar. Precedentes.

2. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp 1296865/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 3/12/2018, DJe 7/12/2018)

Na hipótese, portanto, considerando que o acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte acerca da matéria, incide o teor da Súmula 83/STJ.

Por fim, o Tribunal de origem indeferiu o pedido do plano de saúde de limitação da cobertura contratual à tabela própria da operadora, nos seguintes termos (fl. 496, e-STJ):

No que diz respeito às restituições requeridas pela Apelante/Ré, não pertinência, haja vista a procedência do pedido e o dever de cobrir o internamento e tratamento Apelada, conforme tabela da própria Clínica.

Verifica-se, portanto, que o Tribunal de origem decidiu de forma contrária à jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça.

Com efeito, à luz do disposto no artigo 12, inciso VI, da Lei 9.656/98, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde somente é admitido em casos excepcionais (situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada, entre outros), e nos limites da relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.

Confirmam abaixo os seguintes precedentes:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS. PREVISÃO CONTRATUAL. LIMITAÇÃO. POSSIBILIDADE. JULGADO

RECORRIDO PROFERIDO EM SINTONIA COM O ENTENDIMENTO DESTA CORTE. VERBETE N. 83 DA SÚMULA DO STJ. NÃO PROVIMENTO.

1. Em que pese ser devido o atendimento em entidade não credenciada ou referenciada pela operadora de saúde, é lícita a cláusula que limita o reembolso à tabela da prestadora de assistência à saúde, nos termos do artigo 12, VI, da Lei 9.656/98.

2. O Tribunal de origem julgou nos moldes da jurisprudência desta Corte. Incidente, portanto, o enunciado n. 83 da Súmula do STJ.

3. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1278739/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 16/10/2018, DJe 24/10/2018)

AGRAVO INTERNO. PLANO DE SAÚDE. ÓBICES PROCESSUAIS AO CONHECIMENTO DO RECURSO ESPECIAL. INEXISTÊNCIA. CUSTEIO INTEGRAL DE TRATAMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. LIMITAÇÃO À TABELA DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. CABIMENTO.

1. "Não sendo possível o atendimento na rede credenciada, é válida a cláusula que limita o reembolso à tabela da operadora de plano de saúde". (AgInt no REsp 1408219/MG, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 20/02/2018, DJe 27/02/2018) 2. Por um lado, a forte intervenção estatal na relação contratual e a expressa disposição do art. 197 da CF, deixa límpido que o serviço é de relevância pública, extraíndo-se da leitura do art. 22, § 1º, da Lei n. 9.656/1998, a inequívoca preocupação do legislador em assegurar o equilíbrio financeiro-atuarial dos planos e seguros de saúde, que devem estar assentados em planos de custeio elaborados por profissionais, segundo diretrizes definidas pelo Consu. 3. Por outro lado, o art. 12, VI, da Lei n. 9.656/98 estabelece que deve ser realizado pela operadora do plano de saúde o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto. Precedente. 4. O beneficiário de plano de saúde que escolhe hospital privado de

referência em seu segmento, de outra capital e de alto custo para realização do diagnóstico e tratamento, ainda que emergencial, da sua doença, tem o respectivo ônus financeiro de custear com o pagamento das despesas decorrentes de sua opção. Nesses contornos, a operadora do plano de saúde contratado tem o dever de reembolsar os valores nos limites do que foi estabelecido contratualmente. (REsp 1679015/MS, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 06/02/2018, DJe 15/02/2018) 5. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp 1307957/MG, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 11/9/2018, DJe 17/9/2018)

Em face do exposto, conheço do agravo e dou parcial provimento ao recurso especial apenas para determinar o reembolso das despesas médicas nos limites da tabela da prestadora de assistência à saúde.

Intimem-se.

Brasília (DF), 12 de fevereiro de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora