

RECURSO ESPECIAL Nº 1.781.120 - SP (2018/0306750-6)

RELATORA : MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
RECORRENTE : UNIMED DE BEBEDOURO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADO : MARINA HELENA DA SILVA E OUTRO(S) - SP070286
RECORRIDO : GLAUCIA MARA DE SOUZA CUNHA
RECORRIDO : ROGERIO DA SILVA MONTEIRO
ADVOGADOS : RENATO VIEIRA BASSI - SP118126
DANIEL ALONSO MACHADO JÚNIOR - SP334507
AGRAVANTE : GLAUCIA MARA DE SOUZA CUNHA
AGRAVANTE : ROGERIO DA SILVA MONTEIRO
ADVOGADOS : RENATO VIEIRA BASSI - SP118126
DANIEL ALONSO MACHADO JÚNIOR - SP334507
AGRAVADO : UNIMED DE BEBEDOURO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADO : MARINA HELENA DA SILVA E OUTRO(S) - SP070286

DECISÃO

Trata-se de recurso especial interposto por UNIMED BEBEDOURO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, com fundamento na alínea "a" do inciso III do artigo 105 da Constituição Federal, em face de acórdão assim ementado (fl. 220, e-STJ):

Plano de saúde. Pretensão de ressarcimento de despesas médico-hospitalares, cumulada com dano moral. Prescrição trienal assentada na origem. Aplicável à espécie, porém, o prazo prescricional decenal do art. 205 do CC. Autora submetida a uma mastectomia preventiva, diante do grave risco de contrair câncer de mama. Negativa de reembolso, ao argumento de que não previsto contratualmente para procedimentos eletivos, sequer contidos no rol da ANS. Abusividade. Reembolso devido. Danos morais, contudo, não configurados. Sentença revista. Recurso provido para afastar a prescrição, no mais julgado parcialmente procedente o pedido.

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fls. 247/250 e 374/377, e-STJ).

Em suas razões, a recorrente alega violação aos arts. 206, § 3º, V, 421 do Código Civil e 12, VI, da Lei 9.656/98.

Sustenta, em síntese, que o prazo prescricional aplicável à espécie é o de três anos, previsto no Código Civil.

Afirma que não se mostra devido o reembolso das parcelas pagas, uma vez que o atendimento não era de urgência ou emergência e não houve a negativa de cobertura do tratamento.

Não foram apresentadas contrarrazões (fl. 515, e-STJ).

O recurso foi admitido na origem, nos termos da decisão de fls. 519/520, 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”.

Sem razão a recorrente quanto à pretensão de aplicação do prazo prescricional trienal à demanda.

A Corte de origem consignou que se aplica, ao caso, o prazo prescricional de 10 (dez) anos, nos seguintes termos (fls. 223/224, e-STJ):

Portanto, neste contexto, se no Código Civil, para regramento da prescrição, se pode encontrar mais de uma alternativa de estabelecimento do lapso respectivo, então a opção se deve dar atenta ao comando superior de maior proteção ao usuário dos serviços privados de saúde. E tal se cumpre, em real operação sistemático-teleológica, uma vez considerado aplicável à espécie o prazo comum decenal para exercício das pretensões em geral. Afasta-se, deste modo, a incidência de regra especial de prescrição das pretensões securitárias se, afinal, o próprio Código Civil, no capítulo da disciplina do seguro, estatuiu que não aplica aos casos de reembolso de despesas hospitalares e de tratamento médico (art. 802). Não se haveria de, numa espécie de retorno remissivo, sair do CC, por seu expresso comando, para tratamento do seguro saúde, porém a ele retornando-se, a fim de suprir falta de regra da legislação especial, para colher norma prescricional, justamente, do seguro que o mesmo CC dispôs inaplicável às hipóteses de contratos de saúde. Pior, a dano de quem o sistema quer tutelar de modo diferenciado.

Com efeito, a conclusão a que chegou o Tribunal de origem encontra-se em consonância com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual, às pretensões de cobrança de despesas médico-hospitalares contra plano de saúde, aplica-se a prescrição geral decenal do art. 205 do Código Civil.

Nesse sentido, cito os seguintes julgados:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. PRESCRIÇÃO DECENAL. LESÃO AO DIREITO DE INFORMAÇÃO. REEMBOLSO DEVIDO. MATÉRIA QUE DEMANDA REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO. JURISPRUDÊNCIA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. Aplica-se a prescrição geral decenal do art. 205 do Código Civil às pretensões de cobrança de despesas médico-hospitalares contra plano de saúde.
2. "A Segunda Seção deste Tribunal Superior, quando do julgamento do REsp nº 1.360.969/RS e do REsp nº 1.361.182/RS, submetidos ao rito dos recursos repetitivos, consagrou o entendimento de que não incide a prescrição anual, própria das relações securitárias (arts. 178, § 6º, II, do CC/1916 e 206, § 1º, II, do CC/2002), nas ações que discutem direitos oriundos de planos de saúde ou de seguros saúde, dada a natureza sui generis desses contratos" (AgInt no AREsp 986.708/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 25/04/2017, DJe de 12/05/2017).
3. O Tribunal de origem, com base no acervo fático-probatório, concluiu que não pode a recorrente impor a limitação de reembolso, pois não houve a devida ciência da parte segurada a respeito dos valores a serem restituídos no caso de utilização dos serviços de saúde, havendo lesão ao direito de informação do consumidor, devendo ocorrer o reembolso integral das despesas médicas.
4. No caso em voga, a modificação das conclusões do v. acórdão recorrido, nos moldes em que postulada pela ora recorrente, demandaria a análise de cláusulas do contrato original firmado entre as partes e das peculiaridades fáticas do tratamento pleiteado, o que encontraria óbice nas Súmulas 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça.
5. Outrossim, observa-se que o eg. Tribunal a quo seguiu a jurisprudência desta Corte no sentido de considerar que "a exclusão

de cobertura de determinado procedimento médico/hospitalar, quando essencial para garantir a saúde e, em algumas vezes, a vida do segurado, vulnera a finalidade básica do contrato" (REsp 183.719/SP, Relator o Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, DJe de 13.10.2008).

6. Agravo interno ao qual se nega provimento.

(AgInt no REsp 1756087/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 16/10/2018, DJe 26/10/2018)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. REPETIÇÃO DE INDÉBITO. PRESCRIÇÃO DECENAL. AGRAVO PROVIDO.

1. A jurisprudência do STJ se consolidou no sentido de ser decenal a prescrição quanto à pretensão de ressarcimento de despesas realizadas em razão de suposta negativa de cobertura de serviços de saúde. Precedentes.

2. Agravo interno a que se dá provimento, conhecendo-se do agravo para negar provimento ao recurso especial.

(AgInt no AREsp 1224061/RS, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 7/8/2018, DJe 14/8/2018)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE VALORES DESPENDIDOS EM DECORRÊNCIA DA NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTOS SOLICITADOS PELO MÉDICO. PRAZO PRESCRICIONAL DECENAL. ENUNCIADO SUMULAR 83/STJ. HONORÁRIOS RECURSAIS QUE NÃO SÃO DEVIDOS NA HIPÓTESE, A JUSTIFICAR O SILÊNCIO DA DECISÃO RECORRIDA A ESSE RESPEITO. REQUERIMENTO DA PARTE AGRAVADA DE APLICAÇÃO DA MULTA PREVISTA NO § 4º DO ART. 1.021 DO CPC/2015. INAPLICABILIDADE. AGRAVO IMPROVIDO.

1. Esta Corte Superior firmou orientação no sentido de que "a ação de ressarcimento por despesas que só foram realizadas em razão de suposto descumprimento de contrato de prestação de serviços de saúde, hipótese sem previsão legal específica, atrai a incidência do prazo de prescrição geral de 10 (dez) anos, previsto no art. 205 do Código Civil" (AREsp n. 300.337/ES, Terceira Turma, Relator Ministro Sidnei Beneti, DJe 20/6/2013).

2. Ademais, revela-se inviável alterar o entendimento da Corte estadual que, analisando o conjunto fático-probatório dos autos e as cláusulas do contrato, concluiu que a parte autora é associada de um plano de saúde oferecido pela ré, tendo em vista o óbice das Súmulas n. 5 e 7 do STJ.

3. A aplicação da multa prevista no § 4º do art. 1.021 do CPC/2015 não é automática, não se tratando de mera decorrência lógica do desprovimento do agravo interno em votação unânime. A condenação do agravante ao pagamento da aludida multa, a ser analisada em cada caso concreto, em decisão fundamentada, pressupõe que o agravo interno mostre-se manifestamente inadmissível ou que sua improcedência seja de tal forma evidente que a simples interposição do recurso possa ser tida, de plano, como abusiva ou protelatória, o que, contudo, não se verifica na hipótese examinada.

4. Nos termos do acórdão proferido por este Colegiado no julgamento dos EDcl no AgInt no REsp 1.573.573/RJ, para a fixação de honorários recursais dispostos no artigo 85, § 11, do CPC/2015, é necessário o preenchimento cumulativo de alguns requisitos, entre eles, que o recurso especial tenha sido interposto contra acórdão publicado após 18/3/2016. No caso, não é cabível a respectiva verba honorária pleiteada, uma vez que o recurso especial foi interposto contra acórdão publicado ainda na vigência do CPC/1973, descumprindo, portanto, o aludido requisito.

5. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no REsp 1528752/RS, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 19/10/2017, DJe 27/10/2017)

Incide, no ponto, o óbice da Súmula 83/STJ.

Anoto, em seguida, que o Tribunal de Justiça, à vista dos elementos fático-probatórios dos autos, concluiu que houve, de fato, a negativa de cobertura por parte do plano de saúde e que o tratamento pleiteado era de urgência, nos seguintes termos (fls. 231/234, e-STJ):

E, a respeito, afastada cogitação de ilegitimidade, postulada cobertura pelo beneficiário e dependente, para atendimento a esta e reembolso àquele, além do dano moral que ambos aduzem experimentado, não se entende devida a recusa manifestada pelo plano de saúde.

Incontroverso que a autora, em virtude do alto risco de contrair

câncer de mama, se tenha submetido a uma adenectomia mamária, com implante mamário bilateral (fls. 15). Incontroverso, ainda, que a ré não tenha coberto as despesas havidas com o procedimento cirúrgico, tendo as mesmas sido custeadas pelo marido da paciente.

A controvérsia gira, assim, em torno da limitação de reembolso contratualmente prevista. Segundo a tese defensiva, de um lado não se entende tratar-se de procedimento de urgência, caso em que a cobertura integral se impunha; de outro, argumenta-se com a alegada escolha dos autores em realizar o procedimento de forma particular, ainda que previamente autorizado pelo plano o custeio da cirurgia pretendida.

Todavia, em que pese a ré defenda que o procedimento era eletivo, há documento, juntado com a inicial (fls. 15), em que expressamente se solicita a intervenção cirúrgica realizada, mesmo cuja cobertura se disse não foi negada. Ou seja, não se controverte, então, o grave risco a que exposta a autora, nem mesmo a indicação médica da mastectomia preventiva, necessária para evitar o agravamento do quadro da paciente.

(...)

Mas não é só. No que se refere à alegação da ré de que houve ausência de negativa, tendo os autores optado pela realização da intervenção cirúrgica na condição de particular, o documento de fls. 33/34 mesmo aponta a limitação de cobertura, quer sob o argumento de que o procedimento de caráter preventivo não encontra previsão na lista da ANS, quer pela indicação de R\$7.950,64 como o valor máximo de custeio. Nem o que a ré, afinal, se dispôs a pagar.

Nesse contexto, verifica-se que rever o entendimento do acórdão recorrido ensejaria o reexame do conjunto fático-probatório da demanda, providência vedada em sede de recurso especial, ante a Súmula 7 do STJ.

Em face do exposto, nego provimento ao recurso especial.

Intimem-se.

Brasília (DF), 12 de fevereiro de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora