

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.385.676 - SP (2018/0277526-4)

RELATORA : MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
AGRAVANTE : GAD HAZIOT
ADVOGADO : MÁRCIA RACHEL RIS MOHRER E OUTRO(S) - SP142462
AGRAVADO : ITAUSEG SAUDE S/A
ADVOGADOS : ADILSON MONTEIRO DE SOUZA E OUTRO(S) - SP120095
FELIPE HORWATH DE LIMA - SP350741

DECISÃO

Trata-se de agravo interposto por GAD HAZIOT, contra decisão que negou seguimento ao recurso especial, com fundamento nas alíneas "a" e "c" do inciso III do artigo 105 da Constituição Federal, em face de acórdão assim ementado (e-STJ, fl. 206):

SEGURO SAÚDE. Recusa da seguradora ao reembolso integral das despesas médicas. Contrato claro e que deve ser respeitado, conforme tabela própria de reembolso. Danos morais afastados. Recurso provido em parte.

Opostos embargos de declaração por ambas as partes, esses foram rejeitados (e-STJ, fls. 235-239/248-251/287-291):

Nas razões de recurso especial, alega o ora agravante violação dos arts. 86, parágrafo único, e 1.022, II, do Código de Processo Civil/2015; 47 e 51, IV, XV, § 1º, I e II, do Código de Defesa do Consumidor; 186, 423 e 927 do Código Civil/2002, além de divergência jurisprudencial.

Sustenta negativa de prestação jurisdicional pela rejeição dos embargos de declaração, sem o suprimento das omissões relativas aos dispositivos legais arrolados na apelação.

Insurge-se quanto à negativa de cobertura por parte da operadora de saúde e quanto ao afastamento da sua condenação ao pagamento de danos morais pela recusa injustificada dos exames inerentes ao tratamento do recorrente.

Busca a aplicação do ônus sucumbencial à recorrida, uma vez que foi ela quem deu causa à ação decorrente da recusa de cobertura integral das despesas hospitalares.

Contrarrazões às fls. 296-319 (e-STJ).

O recurso não foi admitido na origem, nos termos da decisão de fls. 320-322 (e-STJ).

Contraminuta apresentada às fls. 338-343 (e-STJ).

Assim delimitada a controvérsia, passo a decidir.

Destaca-se que a decisão recorrida foi publicada depois da entrada em vigor da Lei 13.105 de 2015, estando o recurso sujeito aos requisitos de admissibilidade do novo Código de Processo Civil, conforme Enunciado Administrativo 3/2016 desta Corte.

Da análise dos autos, observo que as alegações de ofensa à lei federal não merecem prosperar.

De início, não verifico omissão no acórdão, senão julgamento contrário aos interesses do recorrente, o que não autoriza, por si só, o acolhimento de embargos de declaração, nem sua rejeição importa em violação à sua norma de regência.

Esclareça-se que não se exige do julgador a análise de todos os argumentos das partes, para fins de convencimento e julgamento. Para tanto, basta o pronunciamento acerca dos fatos controvertidos, o que se observa no presente caso, havendo fundamentação quanto aos limites de responsabilidade das partes com base na pactuação contratual, revelando que os motivos da decisão encontram-se objetivamente fixados nas razões do acórdão recorrido.

No que toca à limitação da responsabilidade da seguradora, anoto que o Tribunal de origem decidiu em consonância com o entendimento pacificado nesta Corte, razão pela qual o recurso especial igualmente esbarraria no óbice sumular nº 83, do STJ, aplicável aos recursos interpostos com base em ambas as alíneas (AgInt no AREsp 720.037/SC, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 3/5/2016, DJe 11/5/2016).

É o que se depreende da leitura dos seguintes trechos (e-STJ, fls. 207-208, e-STJ):

No caso, o segurado pretende ser reembolsado, de forma integral, pelas despesas médicas decorrentes das internações datadas de 16.04.2014 e 07.06.2014 no Hospital Albert Einstein.

Entretanto, como se sabe, a inserção de cláusulas

excludentes ou limitativas de cobertura de determinados procedimentos médicos e cirúrgicos nos contratos de plano e seguro saúde não deve, por si só, ser considerada prática abusiva, porquanto busca amoldar os serviços oferecidos ao prêmio a ser pago pelo conveniado ou segurado, visando a dar equilíbrio ao contrato.

E, o contrato em questão é de seguro saúde, no qual os procedimentos que se fizessem necessários seriam reembolsados conforme tabela praticada pelo seguro.

Assim, uma vez que se trata de um contrato de apólice de seguro individual de reembolso de despesas de assistência médica e/ou hospitalar, conclui-se, com razoável facilidade, que os serviços médicos serão reembolsados de acordo com cálculo disposto em tal cláusula, não se podendo considerar outra interpretação que não a do contrato e, também, porque não se trata de infringência ao disposto no artigo 54 § 4º do Código de Defesa do Consumidor, impossível a cobertura total das despesas.

Portanto, por mais rigor que se possa ter com as cláusulas excludentes ou limitativas em contrato de seguro saúde ou convênio médico, a verdade é que, no caso em análise, o valor pago mensalmente pelo segurado lhe permite determinados tipos de cobertura conforme tabela própria de reembolso.

A propósito, conforme cláusula 1.1, nota-se que: “Seguro Hospitalar: é o seguro por prazo determinado, que se destina a garantir, até o limite contratado, o pagamento de despesas com assistência médico-hospitalar correspondentes ao plano escolhido pelo Cliente.”

Por fim, ressalte-se que ainda que sustente o apelado ser abusiva a tabela praticada pela seguradora por falta de devida compreensão, cabe anotar que se existe cálculo a ser feito, significa que o reembolso não é na integralidade; portanto, impossível seria acatar o pedido de devolução integral das despesas. Afinal, não há qualquer disposição que oriente a esse proceder, jamais contratado.

Dessa forma, a revisão do entendimento desse ponto, nos moldes das questões factuais, ainda com base na interpretação de cláusulas contratuais, demandaria, necessariamente, o reexame do conjunto fático-probatório dos autos e do teor contratual, o que é vedado, em sede de recurso especial, ante os óbices das Súmulas 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça.

No mesmo sentido:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO PARCIAL. AUSÊNCIA DE FALHA DE INFORMAÇÃO. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 5 E 7 DO STJ.

1. Reverter a conclusão do Tribunal de origem para acolher a pretensão recursal quanto ao reembolso integral e falha de informação quanto a cláusula limitativa de reembolso demandaria o reexame do acervo fático-probatório dos autos e a análise e interpretação de cláusulas contratuais, o que é inviável em sede de recurso especial, consoante dispõem as Súmulas 5 e 7 do STJ.

2. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 273.781/SP, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 24/4/2018, DJe 30/4/2018.)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RESSARCIMENTO DE DESPESAS. HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. TRATAMENTO. OPÇÃO DO PACIENTE. REEMBOLSO INTEGRAL. IMPOSSIBILIDADE. LIMITAÇÃO CONTRATUAL. VALORES PAGOS A CONVENIADOS. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. CONFIGURAÇÃO DO DANO MORAL. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. INADMISSIBILIDADE. SÚMULA N. 7/STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. O recurso especial não comporta o exame de questões que impliquem interpretação de cláusula contratual ou incursão no contexto fático-probatório dos autos, a teor do que dispõem as Súmulas n. 5 e 7 do STJ.

2. "A discussão acerca da legalidade da cláusula contratual limitativa do reembolso das despesas médico-hospitalares, em razão de tratamento realizado em hospital não credenciado, reclama interpretação de cláusulas contratuais e o reexame dos fatos e provas dos autos, o que é vedado em razão dos óbices insertos nas Súmulas 5 e 7 de Tribunal Superior" (AgInt no AREsp n. 441.482/SP, Relator Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 16/3/2017, DJe 22/3/2017).

3. Além disso, no caso concreto, o Tribunal de origem concluiu pela inexistência do dano moral. Alterar esse entendimento também

demandaria o reexame do contexto fático (Súmula n. 7/STJ).

4. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1.134.685/SP, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 28/11/2017, DJe 5/12/2017.)

Com referência ao pleito de reparação econômica por danos morais, é assente que ao dever de indenizar impõe-se a presença dos requisitos exigidos para a responsabilização civil, nos termos em que estatuídos nos arts. 186, 187 e 927 do Código Civil/2002.

Para a configuração do dano moral, há de existir uma consequência mais grave em virtude do ato que, em tese, tenha violado o direito da personalidade, provocando dor, sofrimento, abalo psicológico ou humilhação consideráveis à pessoa, e não quaisquer dissabores da vida.

Diante do afastamento da verba indenizatória extrapatrimonial pela Corte local, verifica-se que a situação de fato, para gerar danos morais, deveria ter repercutido no patrimônio imaterial do autor de forma reflexa, o que não ficou demonstrado, conforme delineado pelo acórdão recorrido, sendo que a recusa na prestação dos serviços por parte da ré significou, segundo o que consta dos autos, nada mais do que meros aborrecimentos e dissabores. Tem-se que a ocorrência narrada não gera, por si só, dano moral.

O Tribunal de origem concluiu pelo "indeferimento dos danos morais, no que concerne às despesas médico-hospitalares em questão" (e-STJ, fl. 208).

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 agravo.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/15, majoro em 10% (dez por cento) a quantia já arbitrada a título de honorários em favor da parte recorrida, observados os limites estabelecidos nos §§ 2º e 3º do mesmo artigo.

Intimem-se.

Brasília (DF), 12 de fevereiro de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI

Relatora

