

**AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.375.114 - PR (2018/0257379-5)**

**RELATORA** : **MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**  
**AGRAVANTE** : UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO  
**ADVOGADOS** : FERNANDO CEZAR VERNALHA GUIMARAES - PR020738  
LUIZ FERNANDO CASAGRANDE PEREIRA E OUTRO(S) - PR022076  
SILVIO FELIPE GUIDI - PR036503  
MATEUS HERMONT NASCIMENTO - PR051664  
CAMILA JORGE UNGARATTI - PR061937  
**AGRAVADO** : EDILAINÉ DIAS DE FREITAS CORREA - ESPÓLIO  
**REPR. POR** : ROGERIO LUIZ CORREA - INVENTARIANTE  
**ADVOGADO** : CRISTEL RODRIGUES BARED - PR042885

**DECISÃO**

Trata-se de agravo contra decisão que negou seguimento a recurso especial interposto em face de acórdão assim ementado (fls. 544/546, e-STJ):

APELAÇÃO CÍVEL SEGURO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. SENTENÇA QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTES OS PEDIDOS INICIAIS.

1. CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL DE 1973. APLICABILIDADE.
2. PEDIDO DE RECONHECIMENTO DE NULIDADE DOS ATOS PROCESSUAIS APÓS O FALECIMENTO DA SEGURADA. NÃO ACOLHIMENTO. PROCESSO QUE PERMANECEU SUSPENSO ATÉ A SUBSTITUIÇÃO PROCESSUAL. AUSÊNCIA DE DETERMINAÇÃO JUDICIAL QUE ENSEJASSE A PRETENDIDA NULIDADE DURANTE O PERÍODO DE SUSPENSÃO.
3. CERCEAMENTO DE DEFESA. INOCORRÊNCIA. DESNECESSIDADE DE PROVA PERICIAL POR IMPOSSIBILIDADE DE INGERÊNCIA DA OPERADORA A RESPEITO DA EFICÁCIA OU NÃO DO TRATAMENTO PRESCRITO À AUTORA. PRELIMINAR REJEITADA.
4. NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO POR NÃO ESTAR LISTADO NO ROL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. NATUREZA MERAMENTE EXEMPLIFICATIVA. CLÁUSULA LIMITATIVA NO CONTRATO. PREVALÊNCIA DE INTERPRETAÇÃO MAIS

FAVORÁVEL À CONSUMIDORA. FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO DE GARANTIR O DIREITO À VIDA E À SAÚDE, PELO TRATAMENTO MÉDICO PRESCRITO POR PROFISSIONAL HABILITADO.

5. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. ABALO SOFRIDO QUE FOGE À NORMALIDADE, A PONTO DE ROMPER O EQUILÍBRIO PSICOLÓGICO DO INDIVÍDUO.

6. QUANTUM INDENIZATÓRIO. MINORAÇÃO. POSSIBILIDADE. OBSERVÂNCIA DOS PARÂMETROS DE PROPORCIONALIDADE E DA RAZOABILIDADE, DA TRÍPLICE FUNÇÃO DA INDENIZAÇÃO E DA SUGESTÃO FORMULADA NA JUSTIFICATIVA DO ENUNCIADO 1 550, DA VI JORNADA DE DIREITO CIVIL. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA. SUCUMBÊNCIA MANTIDA. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fls. 587/599, e-STJ).

Nas razões do recurso especial, o recorrente alega violação aos arts. 373 do Código de Processo Civil; 47, 51, IV, 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor; 186, 188 e 927 do Código Civil.

Sustenta, em síntese, que a negativa do plano de saúde não foi indevida, pelo fato de o procedimento pleiteado não constar do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ressalta que a restrição à cobertura do tratamento buscado pela segurada foi veiculada em cláusula contratual de clara e fácil compreensão.

Argui, ainda, o cerceamento de defesa em razão do indeferimento da produção de provas para demonstrar a eficácia dos procedimentos cobertos pelo plano em alternativa àquele postulado.

Alega, por fim, ter sido indevida a sua condenação ao pagamento de indenização por danos morais.

Foram apresentadas contrarrazões às fls. 618/629, e-STJ.

O recurso não foi admitido na origem, nos termos da decisão de fls. 638/642, 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”.

Anoto, inicialmente, que não prospera a alegação de ocorrência de cerceamento de defesa.

Sobre o tema, o Tribunal de origem assim se manifestou (fls. 549/550, e-STJ):

Segundo afirmou a recorrente, a realização de perícia médica seria indispensável à comprovação da eficácia dos procedimentos alternativos àquele postulado pela autora e que teriam sido autorizados pela cooperativa.

A verificação da adequação e eficiência de outros tratamentos, em comparação àquele prescrito pelo médico da autora, trata-se de questão intrínseca à conclusão e à discricionariedade dos profissionais de saúde, sobre os quais não tem ingerência a operadora apelante, cuja atribuição, diga-se administrativa, é tão somente verificar se há cobertura ou não do tratamento prescrito no plano de saúde contratado pelo paciente.

Ademais, havendo a judicialização do litígio, o juiz é o destinatário das provas a serem produzidas e a ele compete determinar a realização daquelas que entender necessárias, dispensando outras quando se convencer que não sejam relevantes para elucidar o caso posto à sua apreciação, eis que reunidos outros elementos suficientes ao julgamento da causa.

Assim, o juiz agiu conforme lhe facultava o artigo 130 do Código de Processo Civil de 1973. Esse dispositivo constituía regra geral sobre o papel do julgador no campo probatório e traduz a tendência moderna, que põe em relevo a duração razoável do processo e o ideal de justiça.

Com efeito, cabe destacar que o juiz tem certa margem de liberdade para aferir acerca da colheita de provas, em homenagem ao princípio da persuasão racional adotado pela norma processual civil.

Dessa forma, não há que se falar em cerceamento de defesa, razão pela qual rejeito a preliminar.

Nos moldes da jurisprudência desta Corte, como destinatário final da prova, cabe ao magistrado, respeitando os limites adotados pelo Código de Processo Civil, dirigir a instrução e deferir a produção probatória que considerar necessária à formação do seu convencimento. Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ALEGADA VIOLAÇÃO AO ART. 535, II, DO CPC/73. OFENSA AFASTADA. CERCEAMENTO DE DEFESA. JULGAMENTO ANTECIPADO. ART. 330, I, DO CPC/1973. NÃO OCORRÊNCIA. AUTORIZAÇÃO. CIRURGIA EM HOSPITAL ESPECIALIZADO COM EQUIPAMENTOS ESPECÍFICOS. PROCEDIMENTOS ESPECIAIS DE IMPLANTE DE ENDOPRÓTESES EM AORTA ABDOMINAL, EM ARTÉRIAS ILÍACAS BILATERALMENTE E RENAI S ESQUERDA E DIREITA, ANGIOPLASTIA DA AORTA BILATERAL, IMPLANTE DE PRÓTESE VASCULAR EM ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR, ANGIOPLASTIA MESENTÉRICA SUPERIOR, AORTOGRAFIA ABDOMINAL, ARTERIOGRAFIA ILÍACA BILATERAL E ARTERIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA DE CONTROLE. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Não se verifica a alegada violação ao art. 535 do CPC/73, na medida em que a eg. Corte de origem dirimiu, fundamentadamente, a questão que lhe foi submetida, não sendo possível confundir julgamento desfavorável, como no caso, com negativa de prestação jurisdicional, ou ausência de fundamentação.

2. O juiz é o destinatário final das provas, a quem cabe avaliar sua efetiva conveniência e necessidade, advindo daí a possibilidade de indeferimento das diligências inúteis ou meramente protelatórias, em consonância com o disposto na parte final do art. 130 do CPC/73, de sorte que inexistente nulidade quando o julgamento antecipado da lide decorre, justamente, do entendimento do Juízo a quo de que o feito encontra-se devidamente instruído com os documentos trazidos pelas partes.

3. Na hipótese, o eg. Tribunal estadual, ao estabelecer a obrigatoriedade de o plano de saúde proceder a tratamento emergencial, a despeito da existência de cláusula restritiva, entendeu estarem presentes os requisitos caracterizadores do estado de urgência e de emergência. Para se concluir de forma contrária, seria necessário o reexame de matéria fático-probatória dos autos, o que é vedado em sede de recurso especial, nos termos da Súmula 7/STJ.

4. Outrossim, verifica-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); "abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui do plano de saúde o custeio de prótese em procedimento cirúrgico coberto pelo plano e necessária ao pleno restabelecimento da saúde do segurado, sendo indiferente, para tanto, se referido material é ou não importado" (AgRg no Ag 1.139.871/SC, Relator o Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, DJe de 10.5.2010).

5. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 751.138/BA, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 21/3/2017, DJe 10/4/2017)

Quanto ao mais, esta Corte Superior já decidiu que, embora a seguradora, com alguma liberdade, possa limitar a cobertura do seguro, cabe ao profissional de saúde a definição do tratamento a ser prestado, de modo que, se a doença está acobertada pelo contrato, a operadora do plano de saúde não pode negar o procedimento terapêutico adequado.

Exemplificativamente, confira-se:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO (ARTIGO 544 DO CPC/73) - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - NEGATIVA DE COBERTURA - DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO PROVIMENTO AO RECLAMO, MANTIDA A INADMISSÃO DO RECURSO ESPECIAL. IRRESIGNAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE.

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 efetivamente coberta. Incidência da Súmula 83/STJ.

2. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 919.368/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 25/10/2016, DJe 07/11/2016)

Estando o acórdão recorrido em consonância com a jurisprudência desta

Corte, incide, no ponto, o óbice da Súmula 83/STJ.

O Tribunal de origem, ao analisar as provas dos autos, concluiu pela obrigatoriedade de cobertura de custeio do tratamento, nos seguintes termos (fls. 551/554, e-STJ):

Em contrapartida, a operadora do plano de saúde negou a cobertura pelo fato de não estar inserida no rol da Resolução nº 338/2013, expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Portanto, segundo ela, estaria excluída por expressa disposição contratual.

(...)

O colendo Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do REsp 668216/SP, firmou o entendimento de que o plano de saúde, ao cobrir determinada patologia, não pode restringir o tipo de tratamento a ser utilizado para a respectiva cura.

(...)

Na situação dos autos, há expressa previsão de cobertura de procedimentos utilizados no tratamento contra o câncer, como a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia plástica reconstrutiva de mama (cláusula 3.5, incisos XI e XX - fl. 34).

Na esteira do Recurso Especial acima mencionado, é abusiva a restrição dos tipos de tratamento ou medicamentos necessários para o combate e evolução da doença.

Há que se levar em conta que os contratos de plano de saúde são regidos pelas normas do Código de Defesa do Consumidor, conforme determina a Súmula 469 do STJ.

É cediço que pactos desta natureza (adesão) têm suas cláusulas fixadas de modo unilateral pelo fornecedor, razão pela qual devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor (art. 47, do CDC).

Portanto, a alegação de que "qualquer procedimento que não conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar" estaria excetuado da cobertura (cláusula 4.1, item I - fl. 36), não merece ser acolhida.

(...)

Afinal, referida exclusão é nula de pleno direito, nos termos do art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor

(...)

Ora, no momento em que a empresa se obriga a cobrir as despesas relacionadas a determinada patologia, a exclusão de procedimentos terapêuticos, essenciais à recuperação do beneficiário, vai contra a

própria essência e o objetivo do contrato, além de representar ofensa ao direito fundamental à saúde e à vida, constitucionalmente garantido.

Impende salientar que o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde possui natureza eminentemente exemplificativa, uma vez que a ciência médica é vasta e está em constante evolução científico-tecnológica.

Qualquer negativa de cobertura que partisse da ideia de que esse rol é estanque, e por isso, não estaria obrigada a custear o tratamento ou procedimento nele não incluído, seria ilegal e afrontaria o ordenamento jurídico vigente.

Aliás, este Tribunal de Justiça já reconheceu, em diversas oportunidades, a ilicitude da negativa de cobertura de plano de saúde para procedimentos que exijam o procedimento denominado como "neuronavegação"

(...)

Com efeito, verifico que o acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte Superior, que possui entendimento no sentido de que o fato de eventual tratamento médico não constar do rol de procedimentos da ANS não significa, por si só, que a sua prestação não possa ser exigida pelo segurado, pois, tratando-se de rol exemplificativo, a negativa de cobertura do procedimento médico cuja doença é prevista no contrato firmado implicaria a adoção de interpretação menos favorável ao consumidor (AgRg no AREsp 708.082/DF, Rel. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, TERCEIRA TURMA, julgado em 16.2.2016, DJe 26.2.2016).

Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. INOCORRÊNCIA. ABUSIVIDADE CONTRATUAL. INTERPRETAÇÃO FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR. PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO. CLÁUSULA LIMITATIVA. RECUSA INDEVIDA. AUSÊNCIA NO ROL DA ANS. COBERTURA DEVIDA.

1. Inocorrência de omissão, tampouco, negativa de prestação jurisdicional, quando o Tribunal 'a quo' decide de modo integral e com fundamentação suficiente a controvérsia trazida no recurso.
2. Não é cabível a negativa de tratamento indicado pelo profissional de saúde como necessário à saúde e à cura de doença efetivamente

coberta pelo contrato de plano de saúde. 3. São abusivas as cláusulas contratuais que limitam o direito do consumidor ao tratamento contratado.

4. O fato de eventual tratamento médico não constar do rol de procedimentos da ANS não significa, per se, que a sua prestação não possa ser exigida pelo segurado, pois, tratando-se de rol exemplificativo, a negativa de cobertura do procedimento médico cuja doença é prevista no contrato firmado implicaria a adoção de interpretação menos favorável ao consumidor. (AgRg no AREsp 708.082/DF, Rel. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/02/2016, DJe 26/02/2016)

5. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

(AgInt no AREsp 1.099.275/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 9.11.2017, DJe 20.11.2017)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PROCEDIMENTO MÉDICO. AUSÊNCIA NO ROL DA ANS. COBERTURA DEVIDA. PROCEDIMENTO PRESCRITO. NECESSIDADE. SÚMULA 7/STJ. NEGATIVA DE COBERTURA INJUSTIFICADA. DANO MORAL. VALOR INDENIZATÓRIO. RAZOABILIDADE. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. O fato de o procedimento não constar do rol da ANS não afasta o dever de cobertura do plano de saúde, haja vista se tratar de rol meramente exemplificativo.

2. A Corte de origem, analisando o contexto fático-probatório dos autos, concluiu que o procedimento prescrito pelo médico era imprescindível ao tratamento da agravada. Assim, para alterar essa conclusão, seria necessário o reexame do conjunto fático-probatório, o que atrai a incidência da Súmula 7 desta Corte.

3. Nas hipóteses em que há recusa injustificada de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento do segurado, como ocorrido no presente caso, a orientação desta Corte é assente quanto à caracterização de dano moral, não se tratando apenas de mero aborrecimento.

4. Somente é possível a revisão do montante da indenização nas hipóteses em que o quantum fixado for exorbitante ou irrisório, o que, no entanto, não ocorreu no caso em exame. Isso, porque o valor da



indenização por danos morais, arbitrado em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), não é exorbitante nem desproporcional aos danos sofridos pelo agravado, que teve a cobertura de plano de saúde negada para aplicação de toxina botulínica prescrita pelo médico para tratamento de espasmo hemifacial esquerdo. 5. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp 1.036.187/PE, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 27.6.2017, DJe 1º.8.2017).

Incidente, portanto, no ponto, o enunciado 83 da Súmula do STJ.

Observe, ainda, que a Corte estadual, à vista dos elementos fático-probatórios constantes dos autos, concluiu que a negativa da cobertura da cirurgia pleiteada causou danos morais à autora, especialmente pelo fato de tal procedimento ter sido indicado em face da doença de “inquestionável letalidade” que lhe acometia.

Confira-se o seguinte excerto do acórdão, no qual se condenou a ré ao pagamento de indenização por danos morais na quantia de R\$ 20.000 (vinte mil reais) (fl. 557 e 559, e-STJ):

Sabe-se que o dano moral decorre da lesão a um bem integrante da personalidade, através da humilhação, do vexame e do desprestígio da pessoa no meio em que vive, ou seja, daqueles bens que não possuem caráter meramente patrimonial.

No presente caso, o dano moral restou evidentemente caracterizado, diante da injusta recusa por parte da apelante, de cobertura para o procedimento cirúrgico necessário ao tratamento da doença que acometia a autora, de unquestionável letalidade se não combatida rápida e eficazmente. Trata-se de situação que foge ao mero aborrecimento, a ponto de romper o equilíbrio psicológico do indivíduo.

(...)

Assim, reputo justo e suficiente para indenizar, a título de danos morais, a quantia de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

Dessa forma, a alteração dessas premissas estabelecidas no acórdão recorrido implicaria necessariamente o reexame fático-probatório, o que é vedado na via do recurso especial, em razão da Súmula 7/STJ.

Em face do exposto, nego provimento ao agravo.

A majoração da verba honorária em razão do disposto no art. 85, § 11, do

Código de Processo Civil/2015 mostra-se incabível, uma vez que já houve a sua fixação no limite máximo pelas instâncias de origem.

Intimem-se.

Brasília (DF), 12 de fevereiro de 2019.

**MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**

Relatora

