

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.379.281 - MG (2018/0265017-3)

RELATORA : MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
AGRAVANTE : SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE
ADVOGADOS : FERNANDO NEVES DA SILVA - DF002030
EULER DE MOURA SOARES FILHO - MG045429
RITA ALCYONE PINTO SOARES - MG056783
AMELIA APARECIDA FARIA OLIVEIRA GUIMARAES -
MG073307
MARCELO AUGUSTO FERREIRA BRANDAO - MG077152
ANDRE LUIZ LIMA SOARES - MG101332
TIAGO DE MIRANDA - MG101324
GABRIELA RAFAELA MOL FERNANDES - MG130786
ANA LUIZA CAIXETA BOVENDORP - MG183940
AGRAVADO : OTACÍLIO FERRAZ
ADVOGADO : EVANDRO FRANCA MAGALHAES - MG033017N

DECISÃO

Trata-se de agravo contra decisão que negou seguimento a recurso especial interposto em face de acórdão assim ementado (fl. 449, e-STJ):

APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. CIRURGIA BARIÁTRICA. PROCEDIMENTO NECESSÁRIO. APLICABILIDADE DO CDC. SÚMULA 469 DO STJ. DANO MORAL. QUANTUM INDENIZATÓRIO.

A cirurgia bariátrica, indicada para o tratamento da obesidade mórbida, bem como de outras doenças dela decorrentes, constitui procedimento cirúrgico essencial à preservação da vida e da saúde do paciente segurado.

Ao contratar o seguro de saúde, pretende o contraente, através do pagamento mensal, a garantia de prestação de serviços médicos e hospitalares em caso de necessidade, incluído nesse rol, a cobertura da cirurgia bariátrica.

Os transtornos narrados, oriundos da negativa em autorizar a realização do procedimento prescrito ao autor, são suficientes para ensejar dano moral indenizável, por si só.

Não foram opostos embargos de declaração.

Nas razões do recurso especial, a agravante alega violação ao art. 476 do Código Civil. Sustenta, em síntese, que não teria a obrigação de cobrir o procedimento

pleiteado antes da apresentação, por parte do segurado, dos documentos solicitados.

Argumenta, dessa forma, que devem ser julgados improcedentes os pedidos de reembolso e de indenização pelos danos morais.

Foram apresentadas contrarrazões às fls. 479/493, e-STJ.

O recurso não foi admitido na origem, nos termos da decisão de fls. 495/498, 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”.

O Tribunal de origem, à vista dos elementos fático-probatórios constantes dos autos, consignou que o consumidor apresentou, à seguradora, todos os documentos necessários para a validação do procedimento cirúrgico prescrito. Concluiu, ainda, que a negativa de custeio, diferentemente do que alega a recorrente, se deu pelo fato de o paciente, em tese, não ter preenchido os requisitos previstos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas pela ANS.

Transcrevo, nesse sentido, trecho do acórdão recorrido (fls. 453/455, e-STJ):

No caso *sub judice*, a seguradora apelante sustenta a negativa de cobertura da cirurgia com base no descumprimento contratual por parte do Apelado, afirmando que este não forneceu à seguradora os documentos necessários para a verificação de adequação das Diretrizes de Utilização da ANS.

Convém esclarecer, "a priori", que o Código de Processo Civil de 2015 não alterou as regras do ônus da prova estabelecidas no art. 333 do CPC/1973, permanecendo para a autora a prova dos fatos constitutivos do direito invocado e para a ré a comprovação dos fatos extintivos, impeditivos ou modificados.

Lado outro, a alegação negativa formulada pela Ré/Apelante, no sentido de que não recebeu os documentos necessários para a autorização do custeamento da cirurgia a desobriga de produzir a chamada "prova diabólica", ou seja, de comprovar a existência de fatos negativos.

A partir daí, o autor, ao sustentar que documentos foram

devidamente entregues, atrai para si o ônus de provar tal situação, por tratar-se de fato constitutivo do direito autoral.

Feitas essas considerações e analisando o caso em questão, verifica-se que o autor se desincumbiu do ônus processual que lhe foi imposto uma vez que comprovou ter produzido todos os documentos necessários para a validação da cirurgia em questão (ff. 19/152).

Aliás, o apelado (autor) juntou ao acervo probatório um documento fornecido pela própria Apelante (seguradora) que declara para os devidos fins que "não é possível a emissão da validação requerida, haja vista que, pelos documentos, não restou demonstrado o atendimento das Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas pela ANS para a realização do procedimento em questão." (ff. 37/38)

Ora, da análise do documento sobredito é possível concluir que a negativa do custeio da cirurgia bariátrica, ao contrário do que sustenta a ré, se deu pelo fato do autor, em tese, não ter preenchido os requisitos mencionados nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas pela ANS.

Sob outro ângulo visual, mediante a análise das Diretrizes supracitadas, faz-se necessário para a concessão da pretendida cobertura os seguintes requisitos:

27.GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA

1. Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no Grupo I e nenhum dos critérios listados no Grupo II: Grupo I a. índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com co-morbididades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras); b IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem co-morbididades. Grupo II a. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio); b. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos

A fim de verificar se o autor preenchia os requisitos assinalados acima, foi realizada perícia médica (f. 290/297), onde restou concluído que o autor, de fato, necessitava da referida cirurgia

bariátrica.

Seguindo essa linha de raciocínio, a ilação que se extrai é no sentido de que o autor entregou os documentos necessários para o custeamento da cirurgia, e que a negativa pela seguradora se deu de forma ilícita.

Nesse contexto, verifica-se que rever o entendimento do acórdão recorrido – referente à efetiva entrega dos documentos, por parte do paciente, à seguradora – ensejaria o reexame do conjunto fático-probatório da demanda, providência vedada em sede de recurso especial, ante a Súmula 7 do STJ.

Fica prejudicado o exame dos pedidos de afastamento da obrigação de reembolso e de indenização pelos danos morais.

Em face do exposto, não havendo o que reformar, nego provimento ao agravo.

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