

**AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.394.864 - SP (2018/0293437-2)**

**RELATOR : MINISTRO MARCO BUZZI**  
**AGRAVANTE : VIRGINIA ZELIA DE AZEVEDO REBEIS FARHA**  
**ADVOGADO : RENATA VILHENA SILVA - SP147954**  
**AGRAVADO : BRADESCO SEGUROS S/A**  
**ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825**

**DECISÃO**

Cuida-se de agravo (art. 1.042 do CPC/2015) interposto por **VIRGÍNIA ZÉLIA DE AZEVEDO REBEIS FARHA** contra decisão que negou seguimento a recurso especial, fundamentado no art. 105, inciso III, alíneas "a" e "c", da Constituição Federal.

O apelo extremo, a seu turno, desafia acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, assim ementado (fls. 181, e-STJ):

PLANO DE SAÚDE. Ação de indenização por danos materiais. Cirurgia de artoplastia total do joelho. Contrato de seguro de livre escolha. Reconhecido o dever de restituir os gastos realizados com a implantação de prótese. Parcial procedência. Necessidade de se observar as regras e limites de reembolso previstos em contrato. Ausência de demonstração, pela autora, de que houve incorreção nos cálculos de reembolso realizado pela ré, ônus que lhe cabia, a teor do artigo 333, inciso I, do CPC/1973. Sentença mantida.  
RECURSO DESPROVIDO.

Opostos embargos de declaração, esses foram rejeitados (fls. 199/204, e-STJ).

Em suas razões de recurso especial (fls. 207/224, e-STJ), a recorrente aponta violação aos arts. 6º, inc. III, 14, 46, 47, 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor; e 1.022, inc. II, do Código de Processo Civil de 2015, além de dissídio jurisprudencial.

Sustenta, em síntese: a) a existência de omissão no acórdão recorrido no tocante à matéria alegada nos embargos de declaração; e b) a ocorrência de defeito na prestação de serviços, em decorrência de informação insuficiente da operadora de saúde que realiza reembolso com base em tabela elaborada de forma unilateral e não entregue ao consumidor no momento da contratação, devendo prevalecer o reembolso integral das despesas médicas.

Contrarrazões às fls. 230/240, e-STJ.

Em sede de juízo provisório de admissibilidade, o Tribunal de origem inadmitiu o recurso especial, sob os seguintes fundamentos: a) inexistência de violação ao art. 1.022, inc. II, do Código de Processo Civil de 2015, eis que suficiente a fundamentação do acórdão recorrido; b) não ter sido demonstrada a vulneração aos dispositivos legais apontados como violados; c) o acolhimento da pretensão recursal demandaria o reexame do suporte fático dos autos, atraindo a incidência da Súmula 07 do STJ; e d) no tocante a alínea "c" do art. 105 da Constituição Federal, a parte recorrente deixou de atender aos requisitos previstos no parágrafo único do art. 541 do CPC/73, e no parágrafo único do art. 255 do RISTJ.

Daí o agravo (fls. 280/293, e-STJ), buscando destrancar o processamento

daquela insurgência, no qual a parte insurgente refuta os óbices aplicados pela Corte estadual.

Contraminuta às fls. 298/310, e-STJ.

É o relatório.

Decido.

O presente recurso não merece prosperar.

1. De início, no tocante à aventada violação ao art. 1.022, inc. II, do CPC/2015, a parte recorrente sustenta que o Tribunal de origem, mesmo após a provocação por embargos de declaração, teria permanecido omissa quanto à contrariedade aos artigos 6º, inc. III, 14, 46, 47, 54, § 4º, do CDC, relativo à falta de informação ao consumidor acerca dos limites de reembolso de despesas médicas, com base em tabela elaborada pelo plano de saúde.

Contudo, não assiste razão à parte recorrente, porquanto clara e suficiente a fundamentação adotada pelo acórdão recorrido para o deslinde da controvérsia. Destaque-se, por oportuno, que a matéria apontada como omitida - previsão contratual da limitação de reembolso de despesas médicas - foi objeto de expressa manifestação pelo Tribunal de origem, ainda que em sentido contrário a pretensão recursal, consonante se depreende do seguinte excerto retirado do acórdão recorrido (fls. 183/184, e-STJ):

Em que pese o entendimento do douto Juízo *a quo*, a demandante comprovou os gastos realizados com a cirurgia de artroplastia (fls. 25/71), no total de R\$ 11.546,24 e que foi reembolsada em R\$ 14.219,31 (fl. 74).

Porém, como bem pontuado pelo i. Magistrado, “caberia à autora, portanto, demonstrar quais faturas foram recusadas, quais foram pagas, e em qual extensão.” (fl. 136)

Há de se ter em conta que, conforme a cláusula 15ª do contrato, que a seguradora pagará diretamente aos hospitais tenham aderido ao sistema de pagamento do seguro e se, no ato da internação, a seguradora confirmar esse direito. (fl. 126)

**Além disso, há limites na eficácia do contrato celebrado. Não é viável estender ou expandir seus efeitos com o fim de abrigar o reembolso integral das despesas e dos honorários médicos, mormente porque a cláusula 18ª do contrato (fls. 75 e 127) dispõe a respeito das condições em que se dará a restituição. (...).**

Concluindo, não tendo a autora demonstrado ter havido incorreção nos cálculos de reembolso realizado pela ré, ônus que lhe competia, a teor do artigo 333, inciso I, do CPC/1973, verifica-se que o douto Juízo monocrático apreciou corretamente os elementos jurídicos e fáticos trazidos à discussão no processo, dando solução escorreita e irretocável, em especial porque determinou o reembolso integral do custo tido com a prótese. (grifou-se)

Quando do julgamento dos embargos de declaração, o órgão julgador acrescentou ainda que (fls. 200/201, e-STJ):

*In casu*, não foram apontadas omissão, contradição, obscuridade ou erro material.

Inicialmente, ao contrário do que alega a embargante, o acórdão não partiu de premissa equivocada.

O pedido da autora consistiu na declaração de nulidade da cláusula que estipula os limites de reembolso de despesas hospitalares e honorários

médicos, com a restituição da quantia de R\$ 104.326,96, originários de toda a terapêutica que necessitou por conta da artroplastia do joelho direito. (fl. 17)

Portanto, não há falar em omissão, tampouco em nulidade do aresto recorrido.

2. No mérito, cinge-se a pretensão recursal à verificação acerca da possibilidade de limitação do reembolso de despesas médicas pela operadora do plano de saúde.

Com efeito, nos termos da jurisprudência desta Corte Superior, à luz do disposto no artigo 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/98, é lícita a cláusula que limita o reembolso à tabela da prestadora de assistência à saúde.

Nesse mesmo sentido:

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 NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. DESPESAS COM HONORÁRIOS MÉDICOS. REEMBOLSO.

LIMITAÇÃO. PREÇOS DE TABELA EFETIVAMENTE CONTRATADOS COM A OPERADORA. RECURSO PROVIDO.

1. Nos casos em que não seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, a operadora de assistência à saúde responsabiliza-se pelo custeio das despesas médicas realizadas pelo segurado, mediante reembolso.

2. O reembolso, porém, é limitado aos preços de tabela efetivamente contratados com a operadora de assistência à saúde, sendo lícita a cláusula contratual que prevê tal restrição. Precedentes.

3. Agravo interno provido, para julgar improcedente o pedido formulado na ação de cobrança.

(AgInt no AREsp 1350424/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 13/12/2018, DJe 01/02/2019)

Destarte, estando o acórdão recorrido em conformidade com o entendimento do STJ sobre tema, incide o óbice da Súmula 83 do STJ.

3. Ademais, para se rever a conclusão do acórdão recorrido, no sentido de

que, "não tendo a autora demonstrado ter havido incorreção nos cálculos de reembolso realizado pela ré, ônus que lhe competia, a teor do artigo 333, inciso I, do CPC/1973, verifica-se que o douto Juízo monocrático apreciou corretamente os elementos jurídicos e fáticos trazidos à discussão no processo, dando solução escorreita e irretocável", revelar-se-ia necessário o reexame do contexto fático probatório dos autos e a interpretação de cláusula do contrato de plano de saúde, providências inviáveis no âmbito do julgamento de recurso especial, ante os óbices das Súmulas 5 e 7/STJ.

No mesmo sentido, confira-se:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO. LIMITAÇÃO. CLÁUSULAS CONTRATUAIS E ACERVO PROBATÓRIO. INVERSÃO DO JULGADO. INVIABILIDADE. REEXAME. SÚMULAS NºS 5 E 7/STJ. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA Nº 211/STJ.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. É inviável o provimento do recurso especial para afastar o que decidido no acórdão de origem, que concluiu pela legitimidade na recusa de reembolso integral dos honorários médicos, nos termos em que expressos no contrato de plano de saúde firmado entre as partes, sem nenhuma abusividade, haja vista os óbices das Súmulas nºs 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça.

3. Apesar de opostos embargos de declaração com a finalidade de sanar omissão, a parte recorrente não indicou a contrariedade ao art. 1.022 do Código de Processo Civil de 2015 nas razões do especial, incidindo o disposto na Súmula nº 211/STJ.

4. Nos termos do art. 1.025 do CPC/2015, não há falar em prequestionamento ficto se a alegada matéria não foi discutida na origem e não foi verificada nesta Corte a existência de erro, omissão ou obscuridade.

5. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp 1256046/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 08/10/2018, DJe 15/10/2018)

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. LIMITAÇÃO DO VALOR DO REEMBOLSO. CLÁUSULAS CONTRATUAIS E CIRCUNSTÂNCIAS FÁTICO-PROBATÓRIAS. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. ÓBICE DAS SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. O Tribunal de origem, amparado no acervo fático-probatório dos autos e cláusulas contratuais, entendeu que deve prevalecer a limitação contratual no que tange ao reembolso de despesas hospitalares e honorários médicos.

2. A revisão desse entendimento exigiria, necessariamente, a interpretação de cláusulas contratuais e a revisão do conjunto fático-probatório, o que encontra óbice nas Súmulas 5 e 7/STJ.

3. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt nos EDcl no REsp 1527139/PR, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 20/09/2018, DJe 27/09/2018)

**3.1.** Importante consignar, ainda, que esta Corte de Justiça tem entendimento no sentido de que a incidência da Súmula 7/STJ impede 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 a causa a Corte de origem.

**4.** Do exposto, com fulcro no artigo 932 do NCPC c/c Súmula 568 do STJ, nego provimento ao agravo, majorando os honorários sucumbenciais, com base no art. 85, § 11, do NCPC, em 1% (um por cento) sobre o valor da causa, a ser suportado exclusivamente pela parte recorrente, observadas as regras da gratuidade da justiça.

Publique-se.

Intimem-se.

Brasília, 18 de fevereiro de 2019.

Ministro MARCO BUZZI  
Relator

