AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.444.133 - SP (2019/0031490-5)

RELATORA	**:**	**MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**
AGRAVANTE	:	METRUS INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL
ADVOGADOS	:	ROSANGELA DE SOUZA PENTEADO E OUTRO(S) - SP184487 CARLOS RENATO LONEL ALVA SANTOS - SP221004
AGRAVADO	:	ANDRE DE SOUZA DA SILVA
ADVOGADO	:	LEILA SALOMAO E OUTRO(S) - SP073881
AGRAVADO	:	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
OUTRO NOME	:	HOSPITAL SÃO CAMILO IPIRANGA
ADVOGADO	:	EDUARDO AUGUSTO MENDONÇA DE ALMEIDA E OUTRO(S) - SP101180

DECISÃO

Trata-se de agravo contra decisão que negou seguimento a recurso especial interposto em face de acórdão assim ementado:

> AÇÃO DE COBRANÇA. Plano de saúde. Hospital que forneceu o serviço ao réu sem a devida contraprestação. Sentença de procedência. Réu que sofreu procedimento médico. Corréu que deve ser responsabilizado solidariamente pelo pagamento do tratamento. Todo serviço tem contraprestação. Se não houve o devido pagamento pelo trabalho oferecido, por óbvio que a parte deveria oferecer a contraprestação e, se não o fez, está inadimplente. Sentença que merece manutenção. Aplicação do art. 252 do Regimento Interno deste Egrégio Tribunal de Justiça. Recurso não provido.

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fls. 281 - 283, e-STJ).

Nas razões de recurso especial, alega a agravante, em suma, violação aos artigos 18 da Lei Complementar 109/01; 3º, *caput*, e § 2º, do Código de Defesa do Consumidor, e 1.022, I e II, do Código de Processo Civil de 2015.

Sustenta a nulidade do acórdão por omissão quanto à tese de não incidência do Código de defesa do Consumidor, no caso dos autos.

Defende não ser possível a atribuição de responsabilidade pelo pagamento de procedimento hospitalar não previsto no plano de saúde contratado.

Aduz não ser aplicável o CDC ao caso dos autos, por se tratar de contrato

de plano de saúde administrado por entidade de autogestão.

Não foram apresentadas contrarrazões.

O recurso não foi admitido na origem, nos termos da decisão de fls. 295 - 296, 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.

Não assiste razão à parte agravante.

Inicialmente, quanto à alegada violação do artigo 1.022 do CPC de 2015, cumpre ressaltar que os embargos de declaração, ainda que opostos para prequestionamento, são cabíveis quando o provimento jurisdicional padece de omissão, contradição ou obscuridade, bem como para sanar erro material, vícios inexistentes na espécie.

Observo que o Tribunal de origem examinou, de forma fundamentada, todas as questões submetidas à apreciação judicial na medida necessária para o deslinde da controvérsia. Registre-se, a propósito, que o órgão julgador não está obrigado a se pronunciar acerca de todo e qualquer ponto suscitado pelas partes, mas apenas sobre os considerados suficientes para fundamentar sua decisão, o que foi feito. Nesse sentido: Edcl no AgRg no Ag nº 492.969/RS, Relator Ministro Herman Benjamin, Segunda Turma, DJ de 14.2.2007; AgRg no Ag nº 776.179/SP, Relator Ministro José Delgado, Primeira Turma, DJ de 12.2.2007; e REsp 523.659/MG, Relator Ministro João Otávio de Noronha, Segunda Turma , DJ de 7.2.2007.

No mérito, ao afastar a pretensão em análise a Corte local registrou que (e-STJ, fl. 259):

> Outra não poderia ser a solução dada pela sentença que põe uma pá de cal sobre a questão ao assim relatar "Extrai-se dos autos que o réu é beneficiário de plano de saúde mantido com o instituto chamado, fato que sequer foi impugnado. Vale frisar que a contratação estabelecida entre ambos tem por objeto a eficaz prestação de assistência médica e hospitalar pelo chamado aos seus

> participantes.
> **Na hipótese, eventual cláusula de exclusão de cobertura quanto aos materiais necessários para a realização de procedimento cirúrgico deve ser considerada nula, uma vez que ofende o próprio escopo da contratação.**
> **Assim, havendo cobertura para despesas da internação e procedimento cirúrgico a que foi submetido o autor, incabível a exclusão no que diz respeito aos materiais indispensáveis para o ato..” (fl. 213).**
> Não se perca de vista que as despesas obtidas com o procedimento realizado pelo Hospital ao Sr. André, decorrem de cobertura normal de atendimento que é obrigação do plano de saúde contratado.
> Ora, se o segurado paga as parcelas do plano de saúde mensalmente, por óbvio que a contraprestação é o fornecimento do serviço quando o segurado necessita.

No caso, a Corte local assentou a premissa de que havia previsão contratual para a realização do procedimento médico (cujo pagamento é cobrado na presente demanda), todavia a agravante se negou a fornecer o material necessário para sua realização. Relativa premissa não comporta revisão na presente via por demandar necessário reexame de cláusulas contratuais, fatos e provas (Súmulas 5 e 7 do STJ).

Nesse contexto, despicienda se torna a discussão acerca da aplicação do Código de Defesa do Consumidor ao feito, haja vista a necessidade de observação e de efetivo cumprimento das cláusulas contratuais pactuadas, em homenagem aos institutos da força obrigatória do contrato, e da boa-fé objetiva.

A propósito:

> AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. MODALIDADE DE AUTOGESTÃO. 1. INAPLICABILIDADE DO CDC. FATO QUE NÃO AFASTA A FORÇA VINCULANTE DO CONTRATO. BOA-FÉ OBJETIVA. 2. NEGATIVA DE TRATAMENTO. COBERTURA PARA A DOENÇA. RECUSA INDEVIDA. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. 3. LISTA DE PROCEDIMENTOS DA ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO. ACÓRDÃO RECORRIDO EM HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR SÚMULA 83/STJ. 4. AGRAVO DESPROVIDO.

> 1. O fato de não ser aplicável a legislação consumerista aos contratos de plano de saúde sob a referida modalidade não atinge o princípio da força obrigatória do contrato, sendo imperiosa a incidência das regras do Código Civil em matéria contratual, tão rígidas quanto a legislação consumerista, notadamente acerca da boa-fé objetiva e os desdobramentos dela decorrentes. Precedentes.
> 2. A revisão das conclusões estaduais implicaria, necessariamente, a interpretação de cláusulas contratuais e o revolvimento do acervo fático-probatório dos autos, providências inviáveis no âmbito do recurso especial, ante os óbices dispostos nas Súmulas 5 e 7/STJ
> 3. Compete ao profissional habilitado indicar a opção adequada para o tratamento da doença que acomete seu paciente, não incumbindo à seguradora discutir o procedimento, mas custear as despesas de acordo com a melhor técnica. Além disso, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça reconhece a possibilidade de o plano de saúde estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de procedimento utilizado para o tratamento de cada uma delas. Precedentes.
> 3. Agravo interno desprovido.
> (AgInt no REsp 1752352 / MG, Relator: Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, Julgamento, 25/02/2019, DJe 13/03/2019).

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), 09 de abril de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora