AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.439.433 - SP (2019/0022799-7)

RELATORA	**:**	**MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**
AGRAVANTE	:	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A
ADVOGADOS	:	MARIA CRISTINA ALVES - SP050664
		VANESSA MARQUES RINALDINI E OUTRO(S) - SP296334
AGRAVADO	:	PAULO DE CARVALHO BORTOLIN FERRARESSO (MENOR)
REPR. POR	:	ANDREA APARECIDA DE CARVALHO
ADVOGADO	:	DEBORA LUBKE CARNEIRO E OUTRO(S) - SP325588

DECISÃO

Trata-se de agravo contra decisão que negou seguimento a recurso especial interposto em face de acórdão assim ementado (e-STJ, fl. 496):

> Apelação. Plano de saúde. Recusa de cobertura de tratamento com método Therasuit, terapia neuromotora com o método Bobath, integração sensorial e hidroterapia, equoterapia (“off label”), não reguladas pela ANS. Inteligência do Código de Defesa do Consumidor. Aplicação da Súmula 102 do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Abusividade configurada. Indicação do tratamento adequado cabe ao médico especialista. Precedentes do STJ. Determinação que deverá ser cumprida preferencialmente na rede credenciada desde que no Município do autor. Recurso parcialmente provido.

Opostos embargos de declaração, foram rejeitados.

Nas razões do recurso especial, a parte agravante aponta violação dos arts. 51, § 1º, inciso IV, e 54, §§ 3º e 4º, do Código de Defesa do Consumidor; art. 10, § 4º, da Lei nº 9.656/98; e art. 4º, inciso III, da Lei nº 9.961/00.

Sustenta que "não se discute aqui se o tratamento em questão é o procedimento necessário para curar a doença do autor", mas se defende que "tal procedimento está expressamente excluído do contrato firmado entre as partes, devendo, portanto, ser feito de forma particular ou por meio do SUS" (e-STJ, fl. 571). Acrescenta que não é abusiva "a cláusula que prevê apenas a cobertura de procedimentos dentro do rol da ANS [...], visto que não desfavorece o segurado, assim como, não é incompatível com a boa-fé, a eqüidade ou a natureza do contrato", pois "está em total consonância com a lei que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde - Lei 9.656/98"

(e-STJ, fls. 572-573).

Contrarrazões apresentadas.

Assim delimitada a controvérsia, passo a decidir.

Destaco que a decisão recorrida foi publicada depois da entrada em vigor da Lei nº 13.105 de 2015, estando o recurso sujeito aos requisitos de admissibilidade do Código de Processo Civil de 2015, conforme dispõe o Enunciado Administrativo nº 3/2016 do Superior Tribunal de Justiça.

O Tribunal de Justiça estadual, ao analisar a questão, consignou que (e-STJ, fls. 497-502):

> Os documentos de fls. 25/40 demonstram que o menor apresenta diagnóstico clínico de atraso de desenvolvimento motor em função da tetraparesia espástica de predomínio crural, necessitando de fisioterapia intensiva com o método Therasuit, terapia neuromotora com o método Bobath, integração sensorial, fonoaudiologia com o método Padovan, equoterapia e hidroterapia.
>
> Dito tratamento, contudo, restou recusado pela seguradora ré, a pretexto de não constar do rol daqueles regulados pela ANS, por apresentar caráter experimental, contando, destarte, expressa exclusão legal e contratual quanto à obrigatoriedade de custeio dessas modalidades de terapia.
>
> Os planos de saúde submetem-se às regras do Código de Defesa do Consumidor, conforme a Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça, abaixo transcrita:
>
> > "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde".
>
> Além disso, em consonância com o artigo 47 do referido diploma legal, as cláusulas contratuais deverão ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.
>
> Por considerar o consumidor parte vulnerável da relação estabelecida, a este a lei confere proteção contra disposições abusivas, as quais, inseridas na avença por ato volitivo do fornecedor, ferem o equilíbrio contratual e se revelam incompatíveis com a boa fé, mostrando-se em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor (artigo 51, incisos IV e XV, do CDC).
>
> Trata-se, “in casu”, de mitigação do princípio “pacta sunt servanda”, prestigiando-se, em seu lugar, o princípio da boa-fé e a função social do contrato.

> Nesse sentido, a Súmula 102 do E. Tribunal de Justiça de São Paulo assim estabelece:
>
> > Súmula 102: "Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS."
>
> Além disso, é nula a disposição contratual que exclui a cobertura do tratamento de que necessitava o autor, porque restringe direitos e obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, ameaçando seu objeto ou equilíbrio contratual (art. 51, § 1º, II do CDC), ao mesmo tempo em que se mostra excessivamente gravosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato e o interesse das partes (art. 51, § 1º, III do CDC).
>
> [...]
>
> A recusa da cobertura por parte da seguradora significa, em última análise, negar cobertura ao tratamento de moléstia amparada pelo contrato, contrariando sua finalidade e natureza de assistência à saúde, conforme a Súmula deste Tribunal transcrita acima.
>
> [...]
>
> Dessa forma, apresenta-se abusiva e ilícita a recusa à cobertura, conforme fundamentado na sentença supra.
>
> No mais, as operadoras não têm a obrigação de custear ou de reembolsar despesas médicas quando o atendimento se dá por profissional não conveniado ou fora da área de abrangência do atendimento, exceto em casos de urgência ou emergência, ou ainda quando não há no quadro de conveniados profissional que possa realizar o procedimento necessário.
>
> Ainda que haja clínica mais próxima do domicilio do menor (não credenciada), a seguradora oferta atendimento em clínica na região metropolitana de São Paulo, portanto, evidente que deverá prevalecer a clínica credenciada, desde que situada nos limites do Município de residência do paciente.
>
> Ante o exposto, DOU PARCIAL PROVIMENTO ao recurso, exclusivamente para determinar que o tratamento seja fornecido no Município de São Paulo, com preferência à rede credenciada mais próxima do domicílio do menor, inalterada a sucumbência.

Com efeito, esta Corte Superior já decidiu que, embora a seguradora, com alguma liberdade, possa limitar a cobertura do plano, a definição do tratamento a ser prestado cabe ao profissional de saúde, de modo que, se a doença está acobertada pelo

contrato, a operadora do plano de saúde não pode negar o procedimento terapêutico adequado.

Exemplificativamente, confiram-se:

> PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. NEGATIVA DE COBERTURA. IMPOSSIBILIDADE. ROL MERAMENTE EXEMPLIFICATIVO. PRECEDENTES. NÃO PROVIMENTO.
> 1. O Superior Tribunal de Justiça já decidiu que, embora a seguradora, com alguma liberdade, possa limitar a cobertura do plano de saúde, a definição do tratamento a ser prestado cabe ao profissional médico, de modo que, se a doença está acobertada pelo contrato, a operadora do plano de saúde não pode negar o procedimento terapêutico adequado. Precedentes.
> 2. Agravo interno a que se nega provimento.
> (AgInt no AREsp 1.185.690/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 21/03/2019, DJe 28/03/2019.)

> AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. NEGATIVA DE TRATAMENTO PRESCRITO PELO MÉDICO ASSISTENTE NÃO PREVISTO PELO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS. INVIABILIDADE. SÚMULA 83/STJ. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO E MINORAÇÃO DO MONTANTE INDENIZATÓRIO. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.
> 1. Segundo a orientação jurisprudencial desta Corte, "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". E 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 16/2/2016, DJe

> 26/2/2016). Incidência da Súmula 83/STJ.
> [...]
> (AgInt no AREsp 1.359.417/DF, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 25/02/2019, DJe 13/03/2019.)
>
> 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 7/11/2016.)

Assim, como a orientação adotada no acórdão recorrido se encontra no mesmo sentido da jurisprudência consolidada neste Superior Tribunal de Justiça, a admissibilidade do recurso especial encontra óbice na Súmula 83 do STJ.

Em face do exposto, nego provimento ao agravo.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/2015, majoro em 10% (dez por cento) a quantia já arbitrada a título de honorários em favor da parte recorrida, observando-se os limites previstos nos §§ 2º e 3º do mesmo artigo.

Intimem-se.

Brasília (DF), 15 de abril de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora