AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.409.632 - SP (2018/0321902-8)

RELATOR	**:**	**MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO**
AGRAVANTE	:	UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS	:	DAGOBERTO SILVERIO DA SILVA - SP083631 THIAGO MACEDO RIBEIRO DOS SANTOS E OUTRO(S) - SP202996 VICTOR GABRIEL NAIDHIG DE SOUZA - SP330578 DANIEL FERREIRA GOMES PERCHON - SP318370
AGRAVADO	:	THERESA DE JESUS DAMAS
ADVOGADO	:	CELSO MENEGUELO LOBO - SP204899

EMENTA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. SESSÕES DE HEMODIÁLISE PRESCRITAS PELO MÉDICO DA PACIENTE. NEGATIVA DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. PRECEDENTES DESTA CORTE. ROL DA ANS MERAMENTE EXEMPLIFICATIVO. DANO MORAL VERIFICADO. SÚMULA 7/STJ.
AGRAVO CONHECIDO PARA NÃO CONHECER DO RECURSO ESPECIAL.

DECISÃO

Vistos etc.

Trata-se de agravo em recurso especial interposto por UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO contra decisão do Tribunal de Justiça do Estado São Paulo que inadmitiu o seu recurso especial manejado em face do acórdão, assim ementado:

> *"APELAÇÃO CÍVEL. Plano de saúde. Negativa de cobertura de tratamento médico. Beneficiária portadora de doença renal policística (DRPA). Recusa de custeio de sessões de hemodiálise.*
> *Sentença de procedência. Recurso da operadora. Indevida a interferência na recomendação médica para limitar o número de sessões de hemodiálise, com base em norma genérica expedida pelo Ministério da Saúde para regulamentar a oferta do serviço no âmbito do SUS. Autorização de número limitado de sessões caracteriza injusta recusa de cobertura, a colocar em risco o sucesso do tratamento. Danos morais*

> *caracterizados. Indenização quantificada com parcimônia em R$ 5.000,00, não comportando redução.*
> *Sentença confirmada. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO".(e-STJ fl. 217)*

Em suas razões, a recorrente aponta violação aos artigos 1º e 15, V, da Lei 8.080/90; 51, IV e § 1º, II, 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor, 186 e 927 do Código Civil. Sustenta: (i) que a cobertura para as sessões de hemodiálise deve obedecer as normas editadas pelo Ministério da Saúde, no máximo de 3 sessões semanais, e não diariamente, como pleiteado pela beneficiária do plano de saúde; (ii) a possibilidade de limitação dos procedimentos ao rol da ANS, pois *a Lei consumerista autoriza a limitação dos direitos nos contratos de adesão,* (iii) que inexiste ato ilícito a ensejar o dever de indenizar, uma vez que a negativa do custeio do procedimento decorreu do cumprimento das normas técnicas do Ministério da Saúde e do contrato firmado.

Contrarrazões ao recurso especial apresentadas, às fls. 246/250 e-STJ, sobreveio juízo negativo de admissibilidade do Tribunal de origem, às fls. 251/252 e-STJ, o que ensejou a interposição do presente agravo.

É o breve relatório.

Passo a decidir.

Inicialmente, registre-se que o recurso em análise foi interposto contra decisão publicada na vigência do Novo Código de Processo Civil, de forma que deve ser aplicado ao caso o entendimento firmado no Enunciado Administrativo n. 3 do Plenário do STJ.

A controvérsia cinge-se à análise da regularidade da negativa de custeio das sessões de hemodiálise prescritas pelo médico da paciente.

Extrai-se do acórdão recorrido:

> *Além disso, pertinente a colocação do Magistrado de origem, no sentido de que é notório que o tempo e número de sessões de hemodiálise varia de acordo com o estado clínico do paciente:*
>
> > *"Especificamente o limite de três sessões de hemodiálise por semana, é de se dizer que, na forma do artigo 47 do Código de Defesa do Consumidor, as cláusulas restritivas de cobertura*

> *devem ser interpretadas favoravelmente ao consumidor, já que tratam da saúde da paciente, ainda que haja recomendação internacional e do Ministério da Saúde. Aliás, a Sociedade Brasileira de Nefrologia orienta que "o tempo varia de acordo com o estado clínico do paciente e, em geral, é de quatro horas, três ou quatro vezes por semana. Dependendo da situação clínica do paciente esse tempo varia de 3 a 5 horas por sessão e pode ser feita 2, 3, 4 vezes por semana ou até mesmo diariamente. O médico nefrologista avaliará o paciente para que seja escolhida a melhor forma de tratamento para o mesmo. Para assegurar que a diálise esteja adequada, o médico nefrologista faz revisões mensais*
> *inclusive com o emprego de exames laboratoriais. Se a diálise não estiver adequada, ajustes serão feitos na forma como a sua hemodiálise está sendo feita, atingindo então o desempenho esperado. O paciente em tratamento através da hemodiálise não deve faltar as suas sessões. Em caso de não poder comparecer a uma sessão deve avisar assim que possível a sua clínica de hemodiálise".*
>
> *Ora, absolutamente descabida a intervenção da operadora de plano de saúde na relação médico-paciente para limitar, com base exclusivamente em normas genéricas do Ministério da Saúde, o tratamento recomendado como melhor forma de recuperar a saúde da beneficiária pelo médico que lhe oferece assistência personalizada. A recusa é arbitrária e colocaria em risco o sucesso do tratamento.(e-STJ fls. 220/221)*

Verifica-se, pois, que o acórdão combatido trilhou caminho alinhado à jurisprudência desta Corte Superior, no sentido de que o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura.

Nesse sentido:

> *AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. AUTOGESTÃO. INAPLICABILIDADE DO CDC. SÚMULA 608/STJ. NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NATUREZA ABUSIVA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.*
> *1. Com relação à inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor ao caso em voga, incide a Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, que dispõe: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão." Não obstante tal posicionamento, ressalta-se que permanece a obrigação dos*

planos de saúde de autogestão de cumprirem as obrigações legais e contratuais.
2. O Superior Tribunal de Justiça possui entendimento de que "o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura, e que é abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, medicamento ou procedimento imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário" (AgInt no AREsp 1.100.866/CE, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 21/11/2017, DJe de 30/11/2017) 3. Agravo interno a que se nega provimento.
(AgInt no REsp 1739747/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 16/10/2018, DJe 30/10/2018)

PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO COM FERRIPROX PRESCRITO POR PROFISSIONAL MÉDICO. COBERTURA. NEGATIVA INDEVIDA. RECURSO MANIFESTAMENTE INADMISSÍVEL. INCIDÊNCIA DA MULTA DO ART. 1.021, § 4º, DO NCPC. AGRAVO NÃO PROVIDO.
1.[...]
2. O Superior Tribunal de Justiça entende ser abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário, porque o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica, indicada por profissional habilitado, na busca da cura.
3. A operadora do plano de saúde não apresentou argumento novo capaz de modificar a conclusão adotada, que se apoiou em entendimento aqui consolidado para negar provimento ao seu recurso especial.
4. [...]
5. Agravo interno não provido, com imposição de multa.
(AgInt no AREsp 1181718/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 24/04/2018, DJe 02/05/2018)

Ademais, "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)**

Destaca-se que a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é firme no sentido de que a recusa indevida da operadora do plano de saúde à cobertura pleiteada é passível de condenação por dano moral, pois agrava a situação de aflição psicológica do paciente.

Nesse sentido:

> *PROCESSUAL CIVIL. CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA INDEVIDA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. TESE DO RECURSO ESPECIAL QUE DEMANDA REEXAME DE CONTEXTO FÁTICO E PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N° 7/STJ. DANOS MORAIS. VALOR. RAZOABILIDADE. NÃO PROVIMENTO.*
> *1. Segundo a jurisprudência do STJ, gera dano moral a recusa injustificada da seguradora em cobrir o tratamento de saúde requerido pelo segurado.*
> *2. Consoante entendimento pacificado no âmbito desta Corte, o valor da indenização por danos morais só pode ser alterado na instância especial quando manifestamente ínfimo ou exagerado, o que não se verifica na hipótese dos autos.*
> *3. Agravo interno a que se nega provimento.*
> ***(AgInt no AREsp 870.153/PB, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 21/03/2019, DJe 27/03/2019)***
>
> *AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INJUSTA NEGATIVA DE COBERTURA PARA PROCEDIMENTO INDICADO PELO MÉDICO. DANO MORAL VERIFICADO. REEXAME. SÚMULA 7/STJ. ACÓRDÃO EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. QUANTUM INDENIZATÓRIO. VALOR RAZOÁVEL. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE.*
> *1. A jurisprudência desta corte entende que a recusa injustificada pela operadora do plano de saúde é passível de indenização a título de danos morais. Precedentes.*
> *2. Somente cabe revisão do valor estabelecido pela Corte de origem, a título de danos morais, quando irrisórios ou exorbitantes. No presente caso, o valor fixado não se distancia dos padrões de razoabilidade.*

> *3. Agravo interno desprovido.*
> ***(AgInt no AREsp 1218614/PE, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 21/08/2018, DJe 04/09/2018)***

A Corte de origem, soberana na análise do conteúdo fático-probatório dos autos, assim decidiu a demanda concernente à caracterização do dano moral:

> *No caso dos autos, evidente que a vítima do evento, mais que simples aborrecimento, sofreu abalo moral apto a ensejar o devido ressarcimento. Quem contrata plano de saúde o faz para precaver-se. Quer a pessoa ver-se assegurada de que terá o tratamento médico necessário no momento em que dele precisar. A inversão dessa expectativa torna palpável o constrangimento experimentado por aquele que, num momento de extrema necessidade, simplesmente ficou sem o atendimento médico que lhe é de direito, porque por ele pagou.(e-STJ fl. 222)*

Portanto, elidir as conclusões do aresto impugnado quanto à injusta negativa para a cobertura do procedimento, com o fim de afastar a caracterização do dano, demandaria o revolvimento do conjunto fático-probatório dos autos, providência vedada nesta sede especial a teor da Súmula nº 7/STJ.

Ante o exposto, conheço do agravo para não conhecer do recurso especial.

Deixo de majorar os honorários recursais previstos no artigo 85, § 11, do Código de Processo Civil de 2015 tendo em vista que o patamar fixado na origem encontra-se em seu limite máximo legal, consoante e-STJ fl. 169.

Intimem-se.

Brasília (DF), 10 de junho de 2019.

MINISTRO **PAULO DE TARSO SANSEVERINO**
Relator