

# *Superior Tribunal de Justiça*

**EDcl no RECURSO ESPECIAL Nº 1.831.689 - SP (2019/0231117-7)**

**RELATORA : MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**  
**EMBARGANTE : B R**  
**REPR. POR : A G L R**  
**ADVOGADOS : CAROLINE SALERNO - SP384367**  
**RAISSA MOREIRA SOARES - SP365112**  
**EMBARGADO : UNIMED DE SÃO CARLOS - COOPERATIVA DE TRABALHO**  
**MÉDICO**  
**ADVOGADOS : MÁRCIO ANTÔNIO CAZU - SP069122**  
**RAFAEL VALÉRIO MORILLAS - SP315113**

## **DECISÃO**

Trata-se de embargos de declaração opostos contra a decisão por meio da qual dei parcial provimento ao recurso especial interposto pela parte contrária.

Em seu recurso, o embargante argumentou que "a obrigação da cobertura do tratamento multidisciplinar pretendido não pode ser limitado quanto ao número de sessões, posto que a referida limitação configura clara abusividade, na esteira do disposto pelo artigo 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor por colocar o consumidor em desvantagem exagerada frente à administradora do plano de saúde" (fl. 691).

A parte embargada, regulamente intimada, não se manifestou.

Assim posta a questão, destaco que não se verifica a omissão apontada, devendo-se manter o acórdão recorrido pelos seus próprios fundamentos. Estão ausentes os pressupostos que dariam ensejo à sua oposição: omissão, obscuridade ou contradição.

Com efeito, o julgado embargado é claro em suas premissas e objetivo em suas conclusões, inexistindo vício a ser sanado. Apenas, a solução prestigiada não corresponde à desejada pelo embargante, circunstância que não eiva a decisão de nulidade.

Observe-se que em sua petição o embargante, sequer, demonstra omissão, obscuridade ou contradição no julgado embargado, fazendo arguições genéricas e sem similitude com o disposto no art. 1.022 do Código de Processo Civil/2015.

A decisão embargada abordou, expressamente, as questões que se pretenderam discutidas no especial, estando assim redigida (fls. 665/674):

Trata-se de recurso especial interposto por UNIMED DE SÃO

# *Superior Tribunal de Justiça*

CARLOS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, contra acórdão assim ementado (fl. 546):

(...)

Os embargos de declaração opostos na origem foram acolhidos sem efeitos infringentes (fls. 605/608).

Em suas razões, a recorrente alega ofensa aos arts. 489, § 1º, e 1.022, II, do Código de Processo Civil/2015, por omissão do Tribunal de origem, ao não se pronunciar sobre as questões postas em debate nos embargos de declaração.

No mérito, argui afronta aos arts. 5º, LV, da Constituição Federal; 1º da Lei 9.656/98; 4º, III, da Lei 9.961/2.000; 421 e 422 do Código Civil; e 373, II, do Código de Processo Civil/2015, bem como dissídio jurisprudencial. Aduz que teve seu direito de devesa cerceado; e que "havia controvérsia em relação à necessidade efetiva de realização dos tratamentos objeto da demanda de origem" (fls. 575/576). Afirma que "inexiste a possibilidade de admitir que simples Relatório Médico de natureza imprecisa e Relatórios lavrados por profissionais com interesse econômico na continuidade dos tratamentos, especialmente diante do seu conteúdo, sejam tidos como prova suficiente para desconsiderar por completo o quadro clínico e os benefícios decorrentes dos tratamentos recomendados ao autor" (fl. 576); e que "havendo tratamentos providos de cobertura pela Operadora de Plano de Saúde que acarretem em benefícios semelhantes aqueles prescritos ao beneficiário, deve ser prestigiado o equilíbrio econômico financeiro da contratação" (fl. 577). Aduz que não pode lhe ser imposto "o dever de custeio de terapias de natureza pedagógica/educacional, de forma alheia ao objeto da contratação" (fl. 580) estando obrigada, somente, ao "custeio dos procedimentos previstos expressamente dentro do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência" (fl. 585). Requer, caso seja mantido o entendimento de obrigatoriedade de cobertura, seja imposto o "dever de coparticipação em relação às Seções Excedentes ao Limite de Cobertura Obrigatória imposto pela (...) ANS" (fl. 589).

Passo a decidir.

(...)

Da análise dos autos, restou incontroverso que o apelado é beneficiário de plano de saúde administrado pela apelante (fls. 25/26) e que, em razão de diagnóstico de atraso de desenvolvimento, decorrente de quadro compatível com transtorno do espectro autista

# *Superior Tribunal de Justiça*

(F84 CID 10), foi-lhe indicada a submissão a tratamento multidisciplinar com psicoterapia pelo método ABA, fonoterapia especializada em linguagem e terapia ocupacional com método de integração sensorial.

Frente ao pedido, a apelante limita-se a aduzir que “parte dos tratamentos solicitados pelo autor NÃO encontram cobertura contratual e tampouco previsão pelo Rol de Procedimentos editado pela ANS, a requerida não detém obrigação de autorizar ou mesmo custear a sua realização, como já exposto” (fl. 60). Ademais, reitera que é lícita a limitação a quantidades específicas de sessões anuais.

Tal postura, todavia, não pode prevalecer.

Por primeiro, em havendo expressa indicação médica da realização do tratamento multidisciplinar, cabe à operadora de plano de saúde observar a prescrição técnica, (...) os profissionais de saúde que assistem o segurado são aqueles legalmente competentes para prescrever as técnicas empregadas. Portanto, é de sua responsabilidade a orientação terapêutica, não cabendo à operadora a análise técnica da prescrição, salvo nos casos extremos ou teratológicos, fator não evidenciado na demanda tratada, dado que a apelante se limitou à impugnação genérica.

(...)

De outra parte, a previsão de limitação ao número de sessões gozadas pelo consumidor, com consequente cobrança de coparticipação, revela-se excessivamente onerosa, dado que coloca em risco o objeto da contratação, devendo ser apartada, nos termos do artigo 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor.

No que tange à não ocorrência do alegado cerceamento de defesa, o Tribunal de origem decidiu com base nos fatos e provas dos autos, e a revisão do que concluído, demandaria inevitável reexame de matéria fática, procedimento que encontra óbice no verbete 7 da Súmula desta Corte.

Esclareça-se que cabe ao magistrado, respeitando os limites previstos no Código de Processo Civil, a interpretação da prova, ficando a ele facultado o entendimento acerca da necessidade de dilação ou o esclarecimento desta, diante dos fatos apresentados nos autos, sendo inviável a revisão da conclusão adotada pelo óbice da Súmula 7/STJ. Nesse sentido:

(...)

Com relação à obrigatoriedade de custear o tratamento, a conclusão acima reproduzida está em perfeita harmonia com a jurisprudência adotada neste Superior Tribunal de Justiça, no sentido de que,

# *Superior Tribunal de Justiça*

permitido às operadoras de plano de saúde limitar a cobertura de determinadas doenças, de custeio não obrigatório, sendo-lhes vedado, contudo, limitar o procedimento e insumos médico-terapêuticos indicados por profissional habilitado na busca da cura. A propósito:

(...)

Especificamente quanto ao caso concreto: AREsp n. 1.532.516/SP, Relator Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, DJe de 14/8/2019; AREsp n. 1.523.338/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, DJe de 20/8/2019; AREsp n. 1.437.535/GO, Relator Ministro NANCY ANDRIGHI, DJe de 2/8/2019, entre outros.

No ponto, o acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte acerca da matéria, incidindo, portanto, o teor da Súmula 83/STJ.

Por fim, no que se refere à pretensão de autorização para cobrança de coparticipação do segurado, com razão a recorrente.

Esta Corte tem entendimento sedimentado no sentido de que cabível a coparticipação do paciente e do plano de saúde no número de sessões, referentes a tratamento psicoterápico, que ultrapassem o limite estabelecido em contrato. Nesse sentido:

(...)

No mesmo sentido: REsp n. 1.777.270/SP, Relator Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, DJe de 25/6/2019.

Em face do exposto, nos termos do art. 34, XVIII, "c", do Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça, dou parcial provimento ao recurso especial, para considerar lícita a cláusula contratual que determina a coparticipação do segurado nas sessões psicoterápicas que excedam o número previsto em contrato.

Intimem-se.

Saliento que o instituto da coparticipação cumpre dúplice função, visto que, ao mesmo tempo que impede a conduta ilegal de limitação absoluta do número de sessões que acabaria inviabilizando a continuidade do tratamento recomendado, preserva o equilíbrio contratual e atuarial perante a operadora do plano de saúde, impedindo, também, a concessão de consultas indiscriminadas ou o prolongamento desnecessário de tratamentos.

Nesse sentido:

RECURSO ESPECIAL. CONSUMIDOR E SAÚDE  
SUPLEMENTAR. PLANO PRIVADO DE SAÚDE. AÇÃO

DECLARATÓRIA DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. MENOR IMPÚBERE PORTADOR DE PATOLOGIA NEUROLÓGICA CRÔNICA. LIMITAÇÃO DE 12 SESSÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL POR ANO DE CONTRATO. DESVANTAGEM EXAGERADA. CONFIGURADA. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS. EXIGÊNCIA MÍNIMA DE CONSULTAS. EQUILÍBRIO CONTRATUAL. COPARTICIPAÇÃO. NECESSIDADE. JURISPRUDÊNCIA ESTÁVEL, ÍNTEGRA E COERENTE. OBSERVÂNCIA NECESSÁRIA.

1. Ação ajuizada em 24/08/12. Recurso especial interposto em 23/05/16 e concluso ao gabinete em 18/10/16. Julgamento: CPC/15.

2. Causa de pedir da ação declaratória de nulidade de cláusula contratual fundada na negativa de cobertura de terapia ocupacional eletiva como tratamento de paralisia cerebral com epilepsia, baseado em prescrição médica.

2. O propósito recursal consiste em definir se é abusiva cláusula de contrato de plano de saúde que estabelece limite anual para cobertura de sessões de terapia ocupacional.

3. A Lei 9.656/98 dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e estabelece as exigências mínimas de oferta aos consumidores (art. 12), as exceções (art. 10) e as hipóteses obrigatórias de cobertura do atendimento (art. 35-C), tudo com a expressa participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na regulação da saúde suplementar brasileira (art. 10, §4º).

4. Há abusividade na cláusula contratual ou em ato da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de tratamento de terapia por esgotamento do número de sessões anuais asseguradas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, visto que se revela incompatível com a equidade e a boa-fé, colocando o usuário (consumidor) em situação de desvantagem exagerada (art. 51, IV, da Lei 8.078/1990). Precedente.

5. Utilização da coparticipação para as consultas excedentes, como forma de evitar o desequilíbrio financeiro, entre prestações e contraprestações. Valoriza-se, a um só tempo, a continuidade do saudável e consciente tratamento do paciente enfermo sem impor à operadora o ônus irrestrito de seu financiamento, utilizando-se a prudência como fator moderador de utilização dos serviços privados de atenção à saúde.

6. Recurso especial conhecido e parcialmente provido.

(REsp 1642255/MS, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI,

# *Superior Tribunal de Justiça*

TERCEIRA TURMA, julgado em 17/4/2018, DJe 20/4/2018)

Verifico, assim, que o embargante pretende, sob o pretexto de existência de omissão, o rejugamento da causa. Os embargos de declaração não se prestam ao rejugamento ou, simplesmente, ao prequestionamento de normas jurídicas ou temas que, segundo a ótica da parte, deveriam guiar ou conduzir a solução do litígio. Eles servem para suprimimento de omissões e esclarecimento de dúvidas e contradições do julgado, de tal forma que, se existentes tais vícios, sua correção venha eventualmente prequestionar os pontos levantados pela parte.

Nesse sentido:

AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. DANOS MORAIS. MATÉRIA DE FATO. REVISÃO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO. SÚMULA 7/STJ. CPC. ART. 535. VIOLAÇÃO. NÃO OCORRÊNCIA.

1. Não ofende o art. 535 do CPC a decisão que examina, de forma fundamentada, todas as questões submetidas à apreciação judicial.
2. "A pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial" (Súmula 7/STJ).
3. 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.
4. Agravo regimental a que se nega provimento.

(AgRg no Ag 829.006/RJ, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 17/9/2015, DJe 28/9/2015).

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DANOS MORAIS E MATERIAIS. INDENIZAÇÃO. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. ART. 535 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. REEXAME DE PROVAS. INVIABILIDADE. SÚMULA Nº 7/STJ.

1. Não há falar em negativa de prestação jurisdicional se o tribunal de origem motiva adequadamente sua decisão, solucionando a controvérsia com a aplicação do direito que entende cabível à hipótese, apenas não no sentido pretendido pela parte.

# *Superior Tribunal de Justiça*

2. A reforma do julgado demandaria o reexame do contexto fático-probatório, procedimento vedado na estreita via do recurso especial, a teor da Súmula nº 7/STJ.

3. Agravo regimental não provido.

(AgRg no AREsp 670.511/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 23/2/2016, DJe 1/3/2016)

Em face do exposto, rejeito os embargos, nos termos do acima exposto.

Intimem-se.

Brasília (DF), 1º de outubro de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI  
Relatora

