

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.554.294 - GO (2019/0223339-7)

RELATORA : MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
AGRAVANTE : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO : YANA CAVALCANTE DE SOUZA E OUTRO(S) - GO022930
AGRAVADO : PEDRO HENRIQUE FELIPE BEZERRA
ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE GOIÁS

DECISÃO

Trata-se de agravo contra decisão que negou seguimento a recurso especial interposto em face de acórdão assim ementado (e-STJ, fl. 480):

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. EFEITO SUSPENSIVO. INDEFERIDO. TRATAMENTO HOME CARE. COBERTURA NÃO AUTORIZADA PELO PLANO DE SAÚDE. AFRONTA A LEGISLAÇÃO CONSUMERISTA. PREQUESTIONAMENTO. HONORÁRIOS RECURSAIS. 1. De acordo com o § 4º do art. 1.012 do CPC, a atribuição de efeito suspensivo ao apelo, visando a suspensão da eficácia da sentença atacada, é medida excepcional e condiciona-se ao preenchimento dos seguintes requisitos: (I) a probabilidade de provimento do recurso ou (II) fundamentação relevante e risco de dano grave ou de difícil reparação. Assim, não tendo o recorrente demonstrado o cumprimento de tais requisitos, inoportável a concessão de efeito suspensivo à apelação. 2. Esta Corte consolidou o entendimento de que o serviço de home care (tratamento domiciliar) constitui desdobramento do tratamento hospitalar contratualmente previsto que não pode ser limitado pela operadora do plano de saúde. 3. Enfrentadas as teses de fato e de direito invocadas pelas partes e devidamente subsumidas ao caso as normas legais aplicáveis, não há se falar, para o fim de prequestionamento, em sua inobservância ou negativa de vigência. 4. Por força do disposto no art. 85, § 11, do Código de Processo Civil, na fase recursal, majoram-se os honorários advocatícios fixados na sentença. 5. Apelação cível conhecida e desprovida.

Opostos embargos de declaração, esses não foram providos (e-STJ, fl. 506).

Nas razões de recurso especial, alega a ora agravante violação dos arts.

Superior Tribunal de Justiça

188, I, e 422 do Código Civil de 2002; 489, § 1º, IV, e 1.022 do Código de Processo Civil de 2015; 1º, § 1º, alínea "e" e 10, VI, da Lei n. 9.656/98.

Aponta omissão no acórdão recorrido por deixar de se manifestar quanto à exclusão legal de cobertura amparada pelas normas contidas nos arts. 10, *caput* e VI, da Lei n. 9.656/98 e 422 do Código Civil de 2002.

Sustenta a ausência de cobertura contratual de procedimento home care e a existência de excludente prevista em lei, sendo lícita a negativa de cobertura em face do que lhe é atribuído como obrigação estabelecida no contrato.

Aduz que deve prevalecer o princípio do *pacta sunt servanda*, haja vista a cláusula limitativa expressa que veda o tratamento domiciliar e que a disponibilização de tratamento não previsto contratualmente causará impacto ao fundo mutuário e afetará o equilíbrio contratual, "prejudicando, desta forma, a coletividade em prol de apenas um beneficiário" (e-STJ, fl. 518).

Busca a reforma do acórdão ora impugnado a fim de afastar a sua condenação ao pagamento de danos morais.

Assim delimitada a controvérsia, passo a decidir.

No que se refere à apontada ofensa aos arts. 489, § 1º, IV, e 1.022 do Código de Processo Civil de 2015, não observo omissão, contradição ou obscuridade no acórdão, senão julgamento contrário aos interesses do recorrente, o que não autoriza, por si só, o acolhimento de embargos de declaração nem sua rejeição importa em violação à sua norma de regência. Esclareça-se que não se exige do julgador a análise de todos os argumentos das partes, para fins de convencimento e julgamento.

Para tanto, basta o pronunciamento fundamentado acerca dos fatos controvertidos, o que se observa no presente caso, em que os motivos da decisão encontram-se objetivamente fixados nas razões do acórdão recorrido.

Nesse sentido:

PROCESSUAL CIVIL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. ART. 1.022 DO CPC. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO, OBSCURIDADE, ERRO MATERIAL. AUSÊNCIA.

1. Os embargos de declaração, conforme dispõe o art. 1.022 do CPC, destinam-se a suprir omissão, afastar obscuridade, eliminar contradição ou corrigir erro material existente no julgado, o que não ocorre na hipótese em apreço.

Superior Tribunal de Justiça

(...)

3. O julgador não está obrigado a responder a todas as questões suscitadas pelas partes, quando já tenha encontrado motivo suficiente para proferir a decisão. A prescrição trazida pelo art. 489 do CPC/2015 veio confirmar a jurisprudência já sedimentada pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, sendo dever do julgador apenas enfrentar as questões capazes de infirmar a conclusão adotada na decisão recorrida.

4. Embargos de declaração rejeitados.

(EDcl no AgRg nos EREsp 1.483.155/BA, Rel. Ministro OG FERNANDES, CORTE ESPECIAL, julgado em 15.6.2016, DJe 3.8.2016)

No mérito, o Tribunal de origem entendeu pela responsabilização da agravante, assim consignando (e-STJ, fls. 474-476):

Extrai-se dos autos que o autor/apelado é usuário do plano de assistência à saúde fornecido pela requerida/apelante e que foi admitido em UTI com quadro neurológico diagnóstico como sequela neurológica, provavelmente definitiva, por lesão hipóxico-hipoxêmica encefálica decorrente de parada cardiorrespiratória (CID 10:G93.1), apresentando-se sem capacidade de compreensão e sem previsão para retorno às suas atividades laborais atuais, estando a depender do cuidado de terceiros para funções básicas, e se submetendo a dieta por via alternativa, gastrostomia, traqueostomia cervical para ventilação, com via aérea alternativa definitiva.

Após o autor ter recebido alta médica em 22/01/2018, foi-lhe recomendado por seu médico internação domiciliar com fonoaudióloga (3x por semana), fisioterapia (5x por semana), terapia ocupacional, nutricionista, técnico de enfermagem (24 horas por dia, 7 dias por semana), bem como a utilização dos equipamentos: cama tipo Fowler, aparelho para respiração (incluindo sondas, e demais materiais para aspiração traqueal e de vias aéreas superiores), bomba infusora para dieta enteral, cilindro de oxigênio de retaguarda para situações de hipoxemia, oxímetro portátil com alarme sonora e medicamentos para tratamento da lesão.

Porém, a operadora ré negou a concessão integral do benefício, dando ensejo ao ajuizamento da demanda em voga.

Traçado esse quadro do conflito, importante destacar, de início, que a relação travada entre as partes é de consumo, em

Superior Tribunal de Justiça

consonância com a Súmula nº 469 do Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual "aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde".

No caso em tela, a exclusão de cobertura do tratamento domiciliar home care gera vantagem exagerada a cooperativa requerida, desequilibrando a relação negocial e ameaçando o próprio objeto do contrato, a saber, o de assegurar eficiente amparo à vida e à saúde.

Quando se adere a um plano de saúde, o objetivo maior do contratante é ter ao seu dispor assistência médica capacitada e especializada de acordo com as necessidades do paciente, de modo que negar o tratamento domiciliar prescrito pelo profissional médico, quando essencial para garantir a saúde do indivíduo, revela-se medida abusiva, devendo, portanto, ser coibida.

Dito isso, impende destacar, outrossim, que a orientação jurisprudencial do colendo Superior Tribunal de Justiça tem adotado a exegese segundo a qual as operadoras de plano de saúde podem estabelecer as patologias que serão cobertas, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma delas, porque isso vulnera a finalidade básica do contrato de plano de saúde.

Realmente, ainda que as seguradoras possam dispor acerca das doenças sujeitas à cobertura, não podem ditar qual o tratamento mais apropriado à patologia apresentada pelo segurado. Este é um encargo do médico escolhido, mas não da sociedade empresária.

Desta feita, se a doença encontra cobertura no ajuste firmado, como ocorre no particular, o tipo de tratamento a ser feito é aquele que for indicado pelo médico eleito pelo paciente, ou por sua família, que no caso em tela é o home care, conforme o relatório acostado (evento 1), assinado por médico com registros no Conselho Regional de Medicina de Goiás (CRM 9840).

Portanto, mesmo que no contrato assinado pelas partes e/ou eventuais normas administrativas editadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), não prevejam a obrigatoriedade da cobertura de serviços de atenção domiciliar (assistência/internação), o alijamento dessa assistência é considerado abusivo, desde que o tratamento home care seja essencial para garantir a saúde ou a vida da segurada.

Observe que o entendimento adotado pela Corte estadual está em consonância com a jurisprudência deste Superior Tribunal de Justiça, no sentido de que,

uma vez coberto o tratamento de saúde, a opção da técnica a ser utilizada para sua realização cabe ao médico especialista. Esclareça-se que a cobertura do método escolhido é consectário lógico, não havendo que se restringir o meio adequado à realização do procedimento.

Nesse sentido:

RECURSO ESPECIAL. SAÚDE SUPLEMENTAR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANOS DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. MAL DE PARKINSON E COMORBIDADES. HOME CARE. INTERNAÇÃO DOMICILIAR. DISTINÇÃO. ASSISTÊNCIA DOMICILIAR. PRESCRIÇÃO MÉDICA. CONFIGURADA A ABUSIVIDADE DA NEGATIVA DE COBERTURA PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE.

1. O propósito recursal consiste em definir se a operadora de plano de saúde deve ser compelida a fornecer cobertura de internação domiciliar à paciente enferma e portadora de Mal de Parkinson.

2. A atenção domiciliar de pacientes enfermos pode ocorrer nas modalidades de: i) assistência domiciliar, entendida como o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio; e ii) internação domiciliar, conceituada como o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC 11/06.

3. No particular, para além do Mal de Parkinson e até pela idade avançada aos 81 anos de idade, a recorrente apresenta comorbidades e são elas que estão a exigir o fornecimento de home care (internação domiciliar). Assim, há expectativa legítima em receber o tratamento médico conforme a prescrição do neurologista, sobretudo quando considerados os 34 anos de contribuição para o plano de saúde e a grave situação de moléstia, com comorbidades que exigem inclusive dieta enteral, aspiração frequente e imobilismo.

4. Recurso especial conhecido e provido.

(REsp 1.728.042/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Rel. p/ Acórdão Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 23.10.2018, DJe 8.11.2018)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DOMICILIAR (HOME

CARE). RECUSA INDEVIDA. CONCLUSÃO DO ACÓRDÃO EM SINTONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. *QUANTUM* INDENIZATÓRIO RAZOÁVEL. NECESSIDADE DE REEXAME DE MATÉRIA FÁTICO-PROBATÓRIA. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. O Colegiado estadual julgou a lide de acordo com a convicção formada pelos elementos fático-probatórios existentes nos autos, concluindo pela injusta negativa de cobertura ao procedimento médico solicitado referente ao serviço de home care, ressaltando o fato incontroverso de o autor encontrar-se em estado vegetativo. Dessa forma, qualquer alteração nesse quadro demandaria o reexame de todo o conjunto probatório, o que é vedado a esta Corte ante o óbice da Súmula n. 7 do STJ.

2. A quantia indenizatória fixada em R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) não se mostra desproporcional, e sua revisão demandaria, inevitavelmente, o reexame de matéria fático-probatória, o que é vedado pela Súmula n. 7 do Superior Tribunal de Justiça.

3. Agravo interno improvido.

(AgInt no AREsp 1.191.169/PR, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 13.3.2018, DJe 27.3.2018)

CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL RECONHECIDA NA ORIGEM. CONFIGURADO O DANO MORAL. REVISÃO DO VALOR DA CONDENAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. *QUANTUM* RAZOÁVEL. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ.

1. As instâncias ordinárias, cotejando o acervo probatório, concluíram que houve recusa injustificada de cobertura de seguro para o custeio de assistência médica domiciliar (home care).

2. Entende-se por abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, 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.

(...)

6. Agravo regimental não provido.

(AgRg no AREsp 634.543/RJ, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, DJe 16.3.2015)

Superior Tribunal de Justiça

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO DE INSTRUMENTO. ALEGAÇÃO DE OFENSA AOS ARTIGOS 458, II, E 535 DO CPC. PRAZO PRESCRICIONAL. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DA DATA DA RECUSA DO PAGAMENTO PELA SEGURADORA. SÚMULA 7/STJ. TRATAMENTO *HOME CARE*. RECUSA INDEVIDA. AGRAVO REGIMENTAL NÃO PROVIDO.

(...)

3. De acordo com a orientação jurisprudencial do STJ, o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento domiciliar quando essencial para garantir a saúde ou a vida do segurado.

4. Agravo regimental não provido.

(AgRg no Ag 1.325.939/DF, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, DJe 9.5.2014)

Dessa forma, encontrando-se o acórdão recorrido em consonância com a orientação desta Corte, não há o que se reformar, esbarrando o presente recurso no óbice contido na Súmula 83/STJ.

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, considerando-se suspensas as exigibilidades em caso de concessão de assistência judiciária gratuita.

Intimem-se.

Brasília (DF), 1º de outubro de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora