

Superior Tribunal de Justiça

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.546.048 - SP (2019/0210586-4)

RELATORA : MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
AGRAVANTE : OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA
ADVOGADO : MAURO VINÍCIUS SBRISSA TORTORELLI - SP151716
ADVOGADA : ANA MARIA DELLA NINA ESPERANÇA - SP285535
AGRAVADO : L M K (MENOR)
REPR. POR : R G K N
REPR. POR : A M K
ADVOGADO : DOUGLAS FELIX FRAGOSO - SP260645

DECISÃO

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

Plano de saúde - Autora portadora de autismo Necessidade de tratamento com terapia denominada "ABA" e fisioterapia e fonoaudiologia Alegação de que o tratamento possui cobertura contratual limitada Abusividade Cabe ao médico especialista eleger o tratamento mais conveniente ao paciente e não ao plano de saúde Sessões de terapias ilimitadas, até dispensa médica Recurso não provido.

Opostos os embargos de declaração, esses foram rejeitados.

Nas razões do recurso especial, a parte agravante alegou violação aos artigos 1.022, I, II, do Código de Processo Civil de 2015 e 10, § 4º, da Lei 9.656/98.

Argumentou, em breve síntese, que os procedimentos pleiteados não têm cobertura obrigatória no rol de procedimentos da ANS, razão pela qual não deve ser compelida a fornecê-los, de modo que é legítima a limitação do número de sessões para o custeio de terapia ABA.

Presentes os pressupostos de admissibilidade e ultrapassado o limite do conhecimento do presente recurso, verifico que esse merece parcial provimento.

A Súmula nº 568, desta Corte, dispõe que “relator, monocraticamente e no Superior Tribunal de Justiça, poderá dar ou negar provimento ao recurso quando houver entendimento dominante acerca do tema.”

No tocante às alegações de ofensa ao artigo 1.022, I, II, do CPC/15, verifico que essas não merecem prosperar.

Superior Tribunal de Justiça

Isso porque, consoante entendimento consolidado desta Corte, o recorrente não possui o direito de ter todos os argumentos alegados rebatidos, cabendo ao tribunal analisar e debater as questões principais para o deslinde da controvérsia.

Ademais, não configura omissão ou negativa de prestação jurisdicional alguma o fato do acórdão ter sido proferido em sentido contrário ao desejado pelo recorrente.

Dessa forma, tendo a decisão analisado de forma fundamentada as questões trazidas, não há que se falar nos vícios apontados, nos termos dos acórdãos cujas ementas transcrevo abaixo:

PROCESSO CIVIL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO COLETIVA DE CONSUMO. TRANSPORTE. ACIDENTE. DANO MORAL COLETIVO. RECUPERAÇÃO FLUIDA (FLUID RECOVERY). DISTINÇÃO. APLICAÇÃO NA HIPÓTESE CONCRETA. DANOS INDIVIDUAIS. OBSCURIDADE, OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU ERRO MATERIAL. NÃO OCORRÊNCIA. REFORMA DO JULGADO. IMPOSSIBILIDADE.

1. Ação coletiva de consumo na qual é pleiteada a reparação dos danos morais e materiais decorrentes de falhas na prestação de serviços de transportes de passageiros que culminaram em dois acidentes, ocorridos em 13/03/2012 e 30/05/2012.

2. Os embargos de declaração, a teor do art. 1.022 do CPC, constituem-se em recurso de natureza integrativa destinado a sanar vício - obscuridade, contradição omissão ou erro material -, não podendo, portanto, serem acolhidos quando a parte embargante pretende, essencialmente, reformar o decidido.

3. O vício que autoriza a oposição dos embargos de declaração é a contradição interna do julgado, não a contradição entre este e o entendimento da parte, ou o que ficara decidido na origem, ou, ainda, quaisquer outras decisões do STJ ou do STF.

4. Embargos de declaração rejeitados.

(EDcl no REsp 1741681/RJ, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 18/3/2019, DJe 22/3/2019)

PETIÇÃO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - MATÉRIA SUBMETIDA AO RITO DA REPERCUSSÃO GERAL NO STF - DEVOLUÇÃO DOS AUTOS

Superior Tribunal de Justiça

AO TRIBUNAL DE ORIGEM - OBEDIÊNCIA À SISTEMÁTICA PREVISTA NO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL - IRRECORRIBILIDADE - PRECEDENTES DO STJ. INSURGÊNCIA DOS MUTUÁRIOS.

1. Petição recebida como embargos de declaração, em nome dos princípios da economia processual e da fungibilidade.
2. Nos estreitos lindes do artigo 1.022, do Código de Processo Civil de 2015, o recurso de embargos de declaração objetiva somente suprir omissão, dissipar obscuridade, afastar contradição ou sanar erro material encontrável em decisão ou acórdão, não podendo ser utilizado como instrumento para a rediscussão do julgado.
3. Embargos de declaração rejeitados.

(PET no AgInt no AREsp 1293428/PE, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 21/3/2019, DJe 26/3/2019)

Quanto às alegações de violação 10, § 4º, da Lei 9.656/98, observo que essas merecem guarida.

Da análise dos autos, verifico que o Tribunal de origem decidiu de forma contrária à jurisprudência desta Corte, conforme se depreende da leitura do seguinte trecho (fls. 491/492 e-STJ):

“2. O dispositivo da sentença recorrida:

“Ante o exposto, e pelo mais que dos autos consta, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE o pedido para tornar definitiva a tutela antecipada deferida a fls. 105/106 e DETERMINAR que a empresa-ré custeie todo o tratamento prescrito pelo médico que acompanha a autora, consistente na Terapia Comportamental ABA e seus consectários multidisciplinares, fonoaudiologia, acompanhamento terapêutico para as atividades escolares, Terapia Ocupacional e Fisioterapia, nos exatos termos da prescrição médica, sem limitação do número de sessões e pelo período prescrito. Conforme já exposto na decisão anterior, sendo a clínica indicada pela autora credenciada pela ré, esta deverá disponibilizar o tratamento.

Ambas as partes foram sucumbentes, responsabilizando-se por 50% das custas e despesas e compensando-se os honorários advocatícios, estes fixados em 10% do valor da causa.” (sic)

A ré não demonstrou que liberou os procedimentos requeridos,

Superior Tribunal de Justiça

devendo ser afastada a preliminar de falta de interesse.

Segundo a inicial, a autora é portador de transtorno do espectro autista e necessita de “terapia ABA”, bem como, fonoaudiologia e fisioterapia.

Não há controvérsia sobre estado de saúde da autora, tampouco sobre a necessidade de se submeter ao tratamento prescrito.

A falta de cobertura é abusiva e ilegítima porque frustra as justas e reais expectativas da menor-apelada e impede a realização do objeto contratual, esvaziando o seu conteúdo.

Da mesma forma, a limitação de sessões também corresponde à falta de cobertura e não pode ser admitido.

O tratamento adequado à enfermidade deve ser indicado pelo médico, ainda que o convênio médico contratado não garanta sua cobertura.

Já decidiu o Superior Tribunal de Justiça que: “O plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura”. (REsp 668.216/SP, Rel. Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, julgado em 15/03/2007).

Aplica-se à hipótese o enunciado da Súmula 102 do Tribunal de Justiça: “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”..”

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, 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:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO COMINATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA PARTE RÉ.

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 coberta. Precedentes.

2. Nesse contexto, alterar as premissas adotadas pelo decisor atacado, no sentido de haver abusividade na negativa de realização do procedimento requerido, demanda a interpretação das cláusulas contratuais e a rediscussão da matéria fático-probatória, inviável em sede de recurso especial, ante o disposto nas Súmulas 5 e 7 desta Corte.

3. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1174176/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 21/6/2018, DJe 27/6/2018)

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. RECONHECIMENTO. OBRIGAÇÃO DE COBERTURA DE "STENT". REAVALIAÇÃO. SÚMULA Nº 5 DO STJ. REEXAME DO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO. IMPOSSIBILIDADE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 7/STJ. FORNECIMENTO DE MATERIAL IMPRESCINDÍVEL AO TRATAMENTO MÉDICO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 83/STJ. PRECEDENTES. AGRAVO REGIMENTAL NÃO PROVIDO.

1. A alteração das conclusões do acórdão recorrido exige interpretação de cláusula contratual e reapreciação do acervo fático-probatório da demanda, o que faz incidir o óbice das Súmulas nº 5 e 7 do STJ.

2. O entendimento dominante nesta Corte Superior é 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 e que é abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário. Incidência da Súmula nº 83 do STJ.

3. Agravo regimental não provido. (AgRg no AREsp 549.853/GO, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 11/11/2014, DJe 25/11/2014)

Saliento, contudo, que esta Corte tem entendimento sedimentado no sentido de ser 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.

Isso porque o referido instituto 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, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/4/2018, DJe 20/4/2018)

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. TRANSTORNO MENTAL. DEPRESSÃO. TRATAMENTO PSICOTERÁPICO. LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS. ABUSIVIDADE. FATOR RESTRITIVO SEVERO. INTERRUPÇÃO ABRUPTA DE TERAPIA. CDC. INCIDÊNCIA. PRINCÍPIOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR. VIOLAÇÃO. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS. CUSTEIO INTEGRAL. QUANTIDADE MÍNIMA. SESSÕES EXCEDENTES. APLICAÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO. INTERNAÇÃO EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA. ANALOGIA.

1. Cinge-se a controvérsia a saber se é abusiva cláusula contratual de plano de saúde que limita a cobertura de tratamento psicoterápico a 12 (doze) sessões anuais.

2. Conforme prevê o art. 35-G da Lei nº 9.656/1998, a legislação consumerista incide subsidiariamente nos planos de saúde, devendo ambos os instrumentos normativos incidir de forma harmônica nesses contratos relacionais, sobretudo porque lidam com bens sensíveis, como a manutenção da vida. Incidência da Súmula nº 469/STJ.

3. Com o advento da Lei nº 9.656/1998, as doenças mentais passaram a ter cobertura obrigatória nos planos de saúde. Necessidade, ademais, de articulação dos modelos assistenciais público, privado e suplementar na área da Saúde Mental, especialmente após a edição

da Lei nº 10.216/2001, a qual promoveu a reforma psiquiátrica no Brasil e instituiu os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

4. Para os distúrbios depressivos, a RN ANS nº 338/2013 estabeleceu a cobertura mínima obrigatória de 12 (doze) sessões de psicoterapia por ano de contrato. Posteriormente, a RN ANS nº 387/2015 majorou o número de consultas anuais para 18 (dezoito).

5. Os tratamentos psicoterápicos são contínuos e de longa duração. Assim, um número exíguo de sessões anuais não é capaz de remediar a maioria dos distúrbios mentais. A restrição severa de cobertura poderá provocar a interrupção da própria terapia, o que comprometerá o restabelecimento da higidez mental do usuário, a contrariar não só princípios consumeristas, mas também os de atenção integral à saúde na Saúde Suplementar (art. 3º da RN nº 338/2013, hoje art. 4º da RN nº 387/2015).

6. A jurisprudência deste Tribunal Superior é firme no sentido de que é o médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta.

7. Na psicoterapia, é de rigor que o profissional tenha autonomia para aferir o período de atendimento adequado segundo as necessidades de cada paciente, de forma que a operadora não pode limitar o número de sessões recomendadas para o tratamento integral de determinado transtorno mental, sob pena de esvaziar e prejudicar sua eficácia.

8. Há abusividade na cláusula contratual ou em ato da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de tratamento psicoterápico 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 nº 8.078/1990).

9. O número de consultas/sessões anuais de psicoterapia fixado pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde deve ser considerado apenas como cobertura obrigatória mínima a ser custeada plenamente pela operadora de plano de saúde.

10. A quantidade de consultas psicoterápicas que ultrapassar as balizas de custeio mínimo obrigatório deverá ser suportada tanto pela operadora quanto pelo usuário, em regime de coparticipação, aplicando-se, por analogia, com adaptações, o que ocorre nas hipóteses de internação em clínica psiquiátrica, especialmente o

Superior Tribunal de Justiça

percentual de contribuição do beneficiário (arts. 16, VIII, da Lei nº 9.656/1998; 2º, VII e VIII, e 4º, VII, da Resolução CONSU nº 8/1998 e 22, II, da RN ANS nº 387/2015).

11. A estipulação de coparticipação se revela necessária, porquanto, por um lado, impede a concessão de consultas indiscriminadas ou o prolongamento em demasia de tratamentos e, por outro, restabelece o equilíbrio contratual (art. 51, § 2º, do CDC), já que as sessões de psicoterapia acima do limite mínimo estipulado pela ANS não foram consideradas no cálculo atuarial do fundo mútuo do plano, o que evita a onerosidade excessiva para ambas as partes.

12. Recurso especial parcialmente provido.

(REsp 1679190/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 26/9/2017, DJe 2/10/2017)

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

Em face do exposto, conheço do agravo e dou parcial provimento ao recurso especial para determinar a coparticipação do segurado nas sessões psicoterápicas que excedam o número previsto em contrato ou, em caso de inexistência de previsão, o número mínimo determinado pela ANS.

Intimem-se.

Brasília (DF), 1º de outubro de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora