

**AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.567.840 - MG (2019/0253644-2)**

**RELATORA** : **MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**  
**AGRAVANTE** : UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO  
**ADVOGADO** : JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA SANTOS E OUTRO(S) - MG074659  
**AGRAVADO** : NELIA PIMENTEL BARUQUI  
**ADVOGADOS** : MARCELO LANDI - RJ074461  
VANDA TERESA DE OLIVEIRA - MG034700N

**DECISÃO**

Trata-se de agravo contra decisão que negou seguimento a recurso especial interposto em face de acórdão assim ementado (fl. 731, e-STJ):

APELAÇÃO - DIREITO DO CONSUMIDOR - AÇÃO DE CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM - OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM PERDAS E DANOS- CERCEAMENTO DE DEFESA - REJEIÇÃO - PROVA DESNECESSÁRIAS - PEDIDO GENÉRICO - INCORRÊNCIA - CONTRATO DE FORNECIMENTO E COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE - DESCUMPRIMENTO - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO PRESCRITO - TRATAMENTO DE CÂNCER - NEGATIVA DE COBERTURA - ILEGALIDADE - DEVER DE FORNECIMENTO - CONTRATO DE ADESÃO - INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR- HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - FIXAÇÃO EQUITATIVA - POSSIBILIDADE. Pelo poder instrutório que lhe compete, cabe ao magistrado, de ofício ou a requerimento da parte, determinar as provas necessárias à instrução do processo, indeferindo as diligências inúteis ou meramente protelatórias (art. 370, Código de Processo Civil). Não se reconhece cerceamento de defesa quando as provas produzidas nos autos são suficientes para o exame da controvérsia. Não é genérico o pedido que contém especificação clara e identificável de plano do bem da vida pretendido. É dever do comercializador do plano de saúde fornecer medicamento, quando indicado pelo médico com o registro deste de que é indispensável ao tratamento de patologia, que está rol das mazelas cobertas. Nos

contratos de adesão submetidos ao influxo do Código de Defesa do Consumidor, devem as cláusulas ser interpretadas de modo mais favorável ao consumidor. Inexistindo condenação propriamente dita ou proveito econômico e verificado que o valor da causa se revela extremamente elevado e desproporcional à complexidade do caso, há que se fixar os honorários de forma equitativa, nos termos do art.85, § 8º, do CPC.

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fls. 764/770, e-STJ).

Nas razões do recurso especial, a parte agravante alega violação aos arts. 10, § 4º, da Lei 9.656/98; 4º, III, da Lei 9.961/00 e 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor.

Sustenta, em síntese, não possuir a obrigação de custear o medicamento pleiteado, uma vez que ele não se encontra na lista de cobertura obrigatória da ANS, tampouco era previsto no contrato.

Foram apresentadas contrarrazões às fls. 791/795, e-STJ.

O recurso não foi admitido na origem, nos termos da decisão de fls. 800/803, e-STJ.

Assim delimitada a controvérsia, passo a decidir.

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”.

O Tribunal de origem, ao analisar a controvérsia, consignou que a operadora de plano de saúde possuía obrigação de fornecer o medicamento pleiteado, pelos seguintes fundamentos (fls. 736/739, e-STJ):

Traz a demanda, controvérsia que se insere no contexto do direito à saúde, na qual a apelada obteve pronunciamento jurisdicional favorável e que determinou o fornecimento, enquanto necessitar e perdurar seu tratamento de saúde contra o câncer, do medicamento "JAVAKI 20 mg".

A insurgência da apelante reside na argumentação de que tal medicamento não se encontra em lista editada pela ANS, que contém o rol, a seu ver taxativo, dos procedimentos que estaria obrigada a

observar, no seio de contratação para fornecimento de plano de saúde.

Bate-se a apelante, também, pela ausência de comprovação, nos autos, da real eficácia do medicamento que a sentença lhe impôs seja fornecido à apelada, considerando-se a patologia que a acomete, qual seja, a mielofibrose primária, que é uma espécie de câncer.

Sobre o tema, esclareço que é uníssono o entendimento de que os planos de saúde podem estabelecer quais as doenças que serão cobertas, mas não podem limitar o tipo de tratamento a ser alcançado ao paciente.

(...)

Deste modo ao negar o tratamento correto à apelada, o qual fora ministrado por médica, claro está que a apelante não descumpriu apenas o disposto em contrato, que não apresenta qualquer exclusão para a cobertura da mencionada doença, mas ameaçou bem maior, consubstanciado na vida da requerente, em razão da incontestável gravidade da doença, não podendo perder de vista que a apelante conta com oitenta e seis anos de idade, atualmente.

Desse modo, entendo que toca indubitavelmente à apelante, a cobertura das despesas decorrentes do tratamento indicado no documento ordem n.º 6, que contém declaração/indicação médica registrando que a apelada necessita do medicamento " JAKAVI 20 mg", tendo-se em vista que, também consoante realçado naquele documento, é o único medicamento disponível para tratamento da grave patologia por ela enfrentada.

Assim, não se pode tolerar a alegação da apelante, de que o medicamento que está compelida a fornecer, carece de comprovação de eficácia relativamente ao tratamento demandado pela nos autos pela apelada.

Cumpram-se, enfim, que a escolha pelo tratamento a ser realizado é de única e exclusiva responsabilidade do médico que acompanha o paciente, porque é o profissional que tem condições de apurar as verdadeiras condições de saúde do paciente.

Não se deve olvidar, ademais que, na espécie em julgamento, se aplicam as normas contidas no Código de Defesa do Consumidor e também na Lei 9.656/98 e disso decorre a inevitável conclusão de que a finalidade dos planos de saúde é tratar da doença, resultando qualquer restrição quanto aos procedimentos necessários à cura como cristalina violação ao Código Consumerista.

Nessa trilha, nos termos do artigo 47, da Lei n. 8078/90, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas da maneira mais favorável ao consumidor.

Por isso é que não convence a alegação da apelante de que, não estaria obrigada a fornecer o medicamento pretendido pela apelada, porque cumpriu seu dever de informação, ao constar de forma clara e inteligível que no contrato firmado com a apelada que a cobertura encontra limitação no rol da ANS.

É que, malgrado não se desconheça que a apelante deve pautar sua atuação pelas normas editadas pela ANS, agência que regula a atividade por ela prestada, também é sabido que, em caso de eventual confronto normativo com o CDC, diploma que também deve a apelante observar, ele é que deve prevalecer, como resultado da aplicação de curial e comezinho princípio de hierarquia das normas jurídicas.

Portanto, ainda que em caso de dúvida na aplicação do disposto nos contratos de plano ou seguro de saúde, a ação ou seu recurso, deverão ser julgados de forma a não prejudicar o consumidor, sobretudo por ser parte hipossuficiente da relação jurídica de consumo, a qual enceta os bem maior de todos nós, qual seja, a saúde e, em última análise, a própria vida.

Com efeito, indubitoso, pois, o dever da apelante de fornecer o medicamento demandado pela apelada, no seio da prestação dos serviços contratados (plano de saúde), enquanto tal seja necessário, de acordo com a recomendação médica.

O Tribunal de origem, dessa forma, decidiu em conformidade com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual é 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.

Nesse sentido:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ALEGAÇÃO DE OFENSA AO ART. 1.022 DO CPC/2015. FALTA DE DEMONSTRAÇÃO. SÚMULA N. 284 DO STF. DOENÇA

COBERTA. RECUSA DE TRATAMENTO. CONDUTA ABUSIVA. DANOS MORAIS. VALOR ARBITRADO NA ORIGEM. SÚMULA N. 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. Considera-se deficiente, a teor da Súmula n. 284 do STF, a fundamentação do recurso especial que alega violação do art. 1.022 do CPC/2015, mas não demonstra, clara e objetivamente, qual o ponto omissivo, contraditório ou obscuro do acórdão recorrido que não teria sido sanado no julgamento dos embargos de declaração.

2. Consoante a jurisprudência desta Corte, é abusiva a negativa de cobertura do plano de saúde a algum tipo de procedimento, medicamento ou material necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas pelo contrato.

3. O recurso especial não comporta o exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos (Súmula n. 7 do STJ).

4. No caso concreto, o Tribunal de origem concluiu pela ocorrência de danos morais decorrentes da negativa de cobertura de tratamento médico. Decidir de modo contrário demandaria o reexame das provas produzidas nos autos, o que é vedado em recurso especial.

5. Somente em hipóteses excepcionais, quando irrisório ou exorbitante o valor da indenização por danos morais arbitrado na origem, a jurisprudência desta Corte permite o afastamento do referido óbice, para possibilitar a revisão. No caso, o valor estabelecido pelo Tribunal de origem não se mostra excessivo, a justificar sua reavaliação em recurso especial.

6. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1444610/RJ, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 25/6/2019, DJe 1/7/2019)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO APELO NOBRE. INSURGÊNCIA RECURSAL DA DEMANDADA.

1. Nos termos da jurisprudência desta Corte, revela-se abusivo o preceito excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico ou de internação hospitalar relativos a doença coberta. Incidência da Súmula 83/STJ.

2. A indenização por danos morais fixada em quantum sintonizado aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade não autoriza sua modificação em sede de recurso especial, cabível apenas em casos de manifesta excessividade ou irrisoriedade do valor arbitrado, o que não

# *Superior Tribunal de Justiça*

se evidencia no presente caso. Incidência da Súmula 7/STJ.

3. Agravo interno desprovido.

(AgInt no REsp 1775530/MT, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 30/5/2019, DJe 3/6/2019)

Incide, no ponto, o óbice da Súmula 83 do Superior Tribunal de Justiça.

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.

Intimem-se.

Brasília (DF), 25 de novembro de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI  
Relatora