

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.558.357 - SP (2019/0229821-6)

RELATORA : MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
AGRAVANTE : SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A
ADVOGADOS : LUCIANE KELLY AGUILAR MARIN - SP155320
CARLOS MAXIMIANO MAFRA DE LAET - SP104061
AGRAVADO : S A O (MENOR)
REPR. POR : L A S
ADVOGADO : AMANDA PROTÁSIO DA SILVA - SP393142

DECISÃO

Trata-se de agravo contra decisão que negou seguimento a recurso especial interposto em face de acórdão assim ementado (fl. 371, e-STJ):

PLANO DE SAÚDE - Obrigação de Fazer - Custeamento de fisioterapia motora extensiva "com a utilização do Método Cuevas Medek Exercises e com o Método Therasuit, Terapia Ocupacional com o Método Bobath e integração sensorial, e Fonoaudiologia com o Método Bobath e integração sensorial", além de hidroterapia, equoterapia e musicoterapia - Procedência - Insurgência das partes - Contrato de plano de saúde que pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura - Procedimentos indicados após tentativas de outros tratamentos - Inteligência das Súmulas nº 96 e 102, deste Tribunal - Custeio na rede particular somente em caso de inexistência de clínica credenciada - Honorários advocatícios - Majoração do valor arbitrado para R\$2.000,00 - RECURSOS PARCIALMENTE PROVIDOS.

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fls. 424/428 e 452/455, e-STJ).

Nas razões do recurso especial, a parte agravante alega violação aos arts. 10, I, § 4º, da Lei 9.656/98 e 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor.

Sustenta que, no caso de existência de “tratamento convencional, com perspectiva de resposta satisfatória, não pode o paciente, às custas da seguradora ou operadora de plano de saúde, optar por tratamento experimental” (fl. 391, e-STJ).

Argumenta, também, ser possível a limitação do número de sessões de terapia

ocupacional. Ressalta “a possibilidade e a legalidade das limitações e restrições existentes nos contratos privados de assistência à saúde, a fim de que se mantenha o equilíbrio econômico-financeiro destes contratos” (fl. 397, e-STJ).

Defende, subsidiariamente, a possibilidade de cobrança de coparticipação, se ultrapassado o limite de sessões.

Foram apresentadas contrarrazões às fls. 463/469, e-STJ.

O recurso não foi admitido na origem, nos termos da decisão de fls. 472/473, 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 reputou abusiva a negativa de cobertura dos procedimentos pleiteados, pelos seguintes fundamentos (fls. 373/375, e-STJ):

O requerente ajuizou a ação visando o custeio do tratamento de fisioterapia motora extensiva, pois padece de paralisia cerebral, alegando que a ré se negou a liberar o tratamento, prescrito pela médica que o assiste.

Constou do Relatório Médico de fls. 57 que:

"(...) Declaro para os devidos fins que a menor, SAMUEL ARAÚJO OLIVEIRA, e evolui com uma dupla hemiparesia espástica com predomínio crural secundário a prematuridade, nasceu de 28 semanas, e acompanha neste serviço por ATRASO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR e com as terapias com os métodos convencionais não tem tido uma evolução correspondentes com o seu potencial e por isso solicito fisioterapia motora extensiva com a utilização do Método Cuevas Medek Exercises (3x;semana) e com o Método Therasuit, Terapia Ocupacional com o Método Bobath e integração sensorial e Fonoaudiologia com o Método Bobath e integração sensorial."

Certo é que não se justifica a negativa de cobertura dos procedimentos destinados ao tratamento do autor, de forma a eximir a ré da obrigação de sua cobertura.

Primeiro, porque não há exclusão contratual da doença acometida pelo autor e, segundo, porque há muito esta Corte se posicionou no sentido de que, existindo expressa indicação médica para tratamento ou medicamento, não pode o plano de saúde negá-lo ao consumidor. Neste sentido são as Súmulas a seguir transcritas:

"Súmula 96: Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento."

"Súmula 102: 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."

É de se ressaltar, ainda, que o rol de coberturas obrigatórias da ANS, se refere a coberturas mínimas, funcionando apenas como orientador das prestadoras de serviços de saúde.

Por um lado, um catálogo de natureza administrativa, como o rol de procedimentos da ANS, ou manual do usuário, ou mesmo o contrato, não tem como contemplar todos os avanços da ciência, muito menos esgotar todas as moléstias, todos os métodos de tratamentos, exames, medicamentos ou meios curativos que possam ser usados com base científica.

Assim, limitar a atuação dos profissionais da medicina às indicações de natureza administrativa da ANS, bem como impedir o acesso de beneficiários de plano de saúde a tratamentos obtidos com os avanços da medicina e recomendados por médicos especialistas seria tornar o contrato totalmente inócuo, uma vez que as pessoas contratam plano de saúde ou seguro-saúde a fim de terem assistência médica e tratamento e de se verem amparados na proteção de sua saúde e vida.

Por isso não é demais lembrar que o contrato entabulado entre as partes, tratando-se de direitos fundamentais da pessoa humana, não pode ficar adstrito às regras normais dos contratos de natureza civil ou comercial. A saúde e a vida das pessoas são bens jurídicos que não podem ser relegados ao segundo plano, em virtude de questões econômicas.

Portanto, impõe-se a cobertura de todos os tratamentos necessários ao autor e que foram negados pela requerida.

Ressalto, por oportuno, que a ré alegou que o contrato entabulado entre as partes não prevê a possibilidade de reembolso, o que não foi

impugnado pelo autor. Assim, o tratamento deverá ser autorizado e realizado na rede credenciada, devendo ocorrer o custeio em clínica particular apenas se a ré não disponibilizar clínicas com profissionais aptos para tratamentos com fisioterapia pelos métodos THERASSUIT e BOBATH, prescritos ao autor portador de paralisia cerebral.

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 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.

A Corte de origem assinalou, também, que a limitação do número das sessões seria abusiva, pelos seguintes fundamentos (fl. 454, e-STJ):

Considerando que o autor é portador de paralisia cerebral, certo é que as terapias indicadas devem ser realizadas de acordo com o número de sessões indicadas pelo médico responsável, uma vez que necessárias e úteis para a reabilitação do paciente, não se justificando a limitação do número de sessões, sob pena de o contrato não alcançar a sua finalidade.

O entendimento do Tribunal de origem encontra-se em consonância com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual “à luz do Código de Defesa do Consumidor, devem ser reputadas como abusivas as cláusulas que nitidamente afetam de

maneira significativa a própria essência do contrato, impondo restrições ou limitações aos procedimentos médicos, fonoaudiológicos e hospitalares (v.g. limitação do tempo de internação, número de sessões de fonoaudiologia, entre outros) prescritos para doenças cobertas nos contratos de assistência e seguro de saúde dos contratantes” (AgInt no AREsp 1219394/BA, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 7/2/2019, DJe 19/2/2019).

Nesse mesmo sentido, cito os seguintes julgados:

AGRAVO INTERNO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. LIMITAÇÃO DE SESSÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL. PACIENTE COM SÍNDROME DE DOWN. ABUSIVIDADE. CARACTERIZAÇÃO. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. VALOR ARBITRADO PELA INSTÂNCIA ORDINÁRIA. REVISÃO. INVIABILIDADE. NECESSIDADE DE REEXAME FÁTICO. SÚMULA 7/STJ. INDENIZAÇÃO. REDIMENSIONAMENTO. POSSIBILIDADE. RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE RESPEITADOS. NÃO PROVIMENTO.

1. Não cabe, em recurso especial, reexaminar matéria fático-probatória (Súmula n. 7/STJ).
2. Admite a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, excepcionalmente, em recurso especial, reexaminar o valor fixado a título de indenização por danos morais, quando ínfimo ou exagerado. Hipótese, todavia, em que o valor foi estabelecido na instância ordinária, atendendo às circunstâncias de fato da causa, de forma condizente com os princípios da proporcionalidade e razoabilidade.
3. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1333824/DF, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 5/2/2019, DJe 12/2/2019)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PLANOS DE SAÚDE. LIMITAÇÃO OU RESTRIÇÃO A PROCEDIMENTOS MÉDICOS, FISIOTERÁPICOS E HOSPITALARES. CONTRATOS ANTERIORES À LEI 9.656/98. NÃO INCIDÊNCIA. CLÁUSULA ABUSIVA.

RECONHECIMENTO. POSSIBILIDADE. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. DECISÃO MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO.

1. Não configura ofensa ao art. 535 do CPC/73 o fato de o col. Tribunal de origem, embora sem examinar individualmente cada um dos argumentos suscitados, adotar fundamentação contrária à pretensão da parte, suficiente para decidir integralmente a controvérsia.

2. As regras estabelecidas na Lei 9.656/98 restringem-se ao contratos de plano de saúde celebrados após sua vigência (art. 35), mas o abuso de cláusula contratual prevista em avenças celebradas em datas anteriores pode ser aferido com base no Código de Defesa do Consumidor.

3. À luz do Código de Defesa do Consumidor, devem ser reputadas como abusivas as cláusulas que nitidamente afetam de maneira significativa a própria essência do contrato, impondo restrições ou limitações aos procedimentos médicos, fisioterápicos e hospitalares (v.g. limitação do tempo de internação, número de sessões de fisioterapia, entre outros) prescritos para doenças cobertas nos contratos de assistência e seguro de saúde dos contratantes.

4. Se há cobertura de doenças ou sequelas relacionadas a certos eventos, em razão de previsão contratual, não há possibilidade de restrição ou limitação de procedimentos prescritos pelo médico como imprescindíveis para o êxito do tratamento, inclusive no campo da fisioterapia.

5. Agravo interno não provido.

(AgInt no REsp 1349647/RJ, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 13/11/2018, DJe 23/11/2018)

Incide, mais uma vez, o óbice da Súmula 83/STJ.

Por fim, observo que a questão relativa à alegada cláusula de coparticipação não foi debatida na origem, faltando à matéria o indispensável prequestionamento. Incide, à espécie, o teor da Súmula 211/STJ que dispõe: “inadmissível recurso especial quanto à questão que, a despeito da oposição de embargos declaratórios, não foi apreciada pelo tribunal *a quo*”.

Em face do exposto, nego provimento ao agravo.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/15, majoro em 10% (dez por cento) a

Superior Tribunal de Justiça

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