

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.589.958 - RS (2019/0288232-0)

RELATOR : MINISTRO MARCO BUZZI
AGRAVANTE : UNIMED - COOPERATIVA DE SERVICOS DE SAUDE DOS VALES DO TAQUARI E RIO PARDO LTDA.
ADVOGADOS : CÁSSIO AUGUSTO VIONE DA ROSA - RS050660
AUGUSTO FRANKE DAHINTEN - RS081108
DAYAN SCHIEFELBEIN - RS112781
AGRAVADO : HILDO LUCENIO BAZANELLA
ADVOGADOS : NEI ANTÔNIO DI DOMENICO - RS016851
CAROLINE BOZZETTO - RS075567
LUZIA KLUNK - RS070566

DECISÃO

Cuida-se de agravo (art. 1.042 do CPC/2015) interposto por UNIMED - COOPERATIVA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DOS VALES DO TAQUARI E RIO PARDO LTDA. contra decisão que negou seguimento a recurso especial, fundamentado no art. 105, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal.

O apelo extremo, a seu turno, desafia acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, assim ementado (fls. 327-343, e-STJ):

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE VALORES. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. COBERTURA DEVIDA. DANOS MORAIS. INOCORRÊNCIA NO CASO.

1. O contrato em análise foi avençado entre as partes com o objetivo de garantir o pagamento das despesas médicas e hospitalares para a hipótese de ocorrer a condição suspensiva prevista naquele pacto, consubstanciada no evento danoso à saúde.

Outro elemento essencial desta espécie contratual é a boa-fé, na forma do art. 422 do Código Civil, caracterizada pela lealdade e clareza das informações prestadas pelas partes.

2. Os planos ou seguros de saúde estão submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor, enquanto relação de consumo atinente ao mercado de prestação de serviços médicos. Isto é o que se extrai da interpretação literal do art. 35 da Lei 9.656/98. Súmula n. 469 do STJ.

3. Aplicáveis ao caso em exame as exigências mínimas previstas no plano - referência de que tratam os artigos 10 e 12 da legislação dos planos de saúde. O tratamento postulado pela parte autora não consta nas hipóteses de exclusão do artigo 10 da Lei n.º.

9.656/98.

4. O rol de procedimentos publicado pela ANS constitui apenas uma referência básica de coberturas obrigatórias nos planos privados de assistência a saúde.

5. O que importa para a solução do litígio é a existência de cobertura para a patologia apresentada, não o tipo de tratamento que será realizado.

6. Não cabe à demandada determinar o tipo de tratamento que será realizado pela parte autora, uma vez que esta decisão cabe ao médico que a

acompanha.

7. A omissão no contrato quanto à exclusão de cobertura deve ser interpretada de forma favorável ao consumidor, uma vez que a negativa do apelante não se pautou em determinação contratual. Inteligência do art. 47 do Código de Defesa do Consumidor.

8. Em se tratando de prejuízo imaterial, somente os fatos e acontecimentos capazes de abalar o equilíbrio psicológico do indivíduo são considerados para fins de indenização por danos morais, sob pena de banalizar este instituto, atribuindo reparação a meros incômodos do cotidiano, em especial quando se trata de responsabilidade contratual, em que o descumprimento deve ocorrer sem justa causa, ao menos aparente, a fim de seja autorizada a reparação pretendida.

9. Os honorários advocatícios deverão ser majorados quando a parte recorrente não lograr êxito neste grau de jurisdição, independente de pedido a esse respeito, de acordo com os limites fixados em lei. Inteligência do art. 85 e seus parágrafos do novel CPC.

Negado provimento aos apelos.

Opostos embargos de declaração esses foram rejeitados (fls. 360-369, e-STJ).

Em suas razões de recurso especial (fls. 312-329, e-STJ), a recorrente aponta violação aos arts. 489, § 1º, IV e 1.022, II do CPC/2015; 1º, § 1º e 10, § 4º da Lei 9.656/98; e 4º, III da Lei 9.961/00, sob os seguintes argumentos, em síntese: a) omissão do acórdão recorrido ao deixar de analisar o fato de que a limitação da cobertura pelo plano de saúde, observando o rol de procedimentos da ANS, é lícita, e que as coberturas garantidas pelo contrato estão adstritas aos limites impostos pelo rol da Agência Reguladora; e b) ser devida a negativa de cobertura de tratamento não previsto no rol da ANS, em razão da não abusividade da previsão contratual.

Sem contrarrazões.

Em juízo de admissibilidade (fls. 413-425, e-STJ), negou-se seguimento ao recurso, dando ensejo na interposição do agravo previsto no artigo 1.042, CPC/15 (fls. 427-443, e-STJ).

Contraminuta às fls. 445-457 (e-STJ).

É o relatório.

Decido.

O presente recurso não merece prosperar.

1. Afasta-se, de início, a alegação de negativa de prestação jurisdicional. Não se verifica ofensa aos artigos 489 e 1022 do CPC/15 quando o Tribunal decide, de modo claro e fundamentado, as questões essenciais ao deslinde do feito. Ademais, não se deve confundir decisão contrária aos interesses da parte com negativa de prestação jurisdicional.

Nesse sentido, citam-se os seguintes precedentes deste Superior Tribunal de Justiça: **AgInt no AREsp 1024735/RS**, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 07/08/2018, DJe 13/08/2018; **AgInt no AREsp 1254843/RS**, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 22/05/2018, DJe 01/06/2018; **AgInt no AREsp 1224697/MG**, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 15/05/2018, DJe 21/05/2018; **AgInt no AREsp 1015125/AC**, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA,

julgado em 17/04/2018, DJe 24/04/2018; **AgInt nos EDcl no REsp 1647017/RS**, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 20/03/2018, DJe 02/04/2018.

Alegou a recorrente que o acórdão impugnado restou omissis pois deixou de analisar o fato de que a limitação da cobertura pelo plano de saúde, observando o rol de procedimentos da ANS, é lícita, e que as coberturas garantidas pelo contrato estão adstritas aos limites impostos pelo rol da Agência Reguladora.

Todavia, conforme trecho a seguir citado, o Tribunal local tratou expressamente (fl. 334, e-STJ):

No ponto, cumpre salientar que o rol de procedimentos publicado pela ANS constitui apenas uma referência básica de coberturas obrigatórias nos planos privados de assistência à saúde.

No caso, restou devidamente comprovada a necessidade do procedimento cirúrgico realizado pela parte autora, conforme laudo médico de fl. 51, em que o médico assistente do demandante indica a realização de implante transcater valvar aórtico por ser procedimento menos invasivo e com menor risco, considerando a gravidade do quadro de saúde apresentado pelo seu paciente.

Como visto, as teses da insurgente foram apreciadas pelo Tribunal *a quo*, que as afastou apontando os fundamentos jurídicos para tal.

Não há que se falar, portanto, em omissão, sendo certo que os embargos de declaração não se constituem via própria para rejugamento da causa, não havendo espaço para análise de inconformismo quanto ao entendimento adotado.

Nesse sentido: **REsp 1432879/MS**, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/10/2018, DJe 19/10/2018; **EDcl nos EDcl no REsp 1641575/RJ**, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 25/09/2018, DJe 01/10/2018; **EDcl no AgInt no REsp 1666792/ES**, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 19/04/2018, DJe 22/05/2018; **AgInt no AREsp 1179480/RS**, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 27/02/2018, DJe 06/03/2018; **AgInt no REsp 1598364/RS**, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 17/08/2017, DJe 22/08/2017; **EDcl no AgInt no AREsp 471.597/RJ**, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 06/06/2017, DJe 20/06/2017.

Afasta-se, portanto, a alegada violação aos artigos 489 e 1.022 do CPC/15.

2. A recorrente sustenta que a negativa de cobertura por ela realizada foi legítima, tendo em vista que o procedimento a que o recorrido se submeteu não está previsto no rol da ANS.

Porém, o Tribunal de origem se manifestou sobre o tema esclarecendo que o rol de procedimentos da ANS, por se tratar apenas de referência básica de coberturas obrigatórias não pode se sobrepor à indicação médica, tão pouco ao previsto na Lei 9.656/98, consignando à fl. 334, e-STJ, que:

Dessa forma, não há que se falar em ausência de cobertura contratual ao tratamento postulado pela parte autora, porquanto este não consta nas hipóteses de exclusão do artigo 10 da Lei n.º 9.656/98.

Ademais, o que importa para a solução do litígio é a existência de cobertura

para a patologia apresentada, não o tipo de tratamento que será realizado. Ressalta-se que não cabe à demandada determinar o tipo de tratamento que será realizado pela parte autora, uma vez que esta decisão cabe ao médico que a acompanha.

Sinale-se, ainda, que não há qualquer referência expressa no contrato entabulado entre as partes de exclusão de cobertura do tratamento postulado.

Nesse mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça já decidiu que 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, ainda que experimentais.

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 decisum 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)

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTO. CRIANÇA COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA. CLÁUSULA CONTRATUAL. ABUSIVIDADE. URGÊNCIA NO TRATAMENTO. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULAS NºS 5 E 7/STJ. PROCEDIMENTO. PREVISÃO. ROL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. DESNECESSIDADE.

[...]

4. A falta de previsão de procedimento médico solicitado no rol da ANS não representa a exclusão tácita da cobertura contratual.

5. Agravo regimental não provido.

(AgRg no AREsp 845.190/CE, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/06/2016, DJe 28/06/2016)

AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO MÉDICO. DOENÇA PREVISTA NO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DA ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO.

COBERTURA MÍNIMA. INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR. SÚMULA N. 83 DO STJ. DANO MORAL. NÃO IMPUGNAÇÃO DE FUNDAMENTO SUFICIENTE POR SI SÓ PARA A MANUTENÇÃO DA DECISÃO AGRAVADA. SÚMULA N. 283 DO STF. QUANTUM INDENIZATÓRIO. SÚMULA N. 182/STJ.

1. Não é cabível a negativa de tratamento indicado pelo profissional de saúde como necessário à saúde e à cura de doença efetivamente coberta pelo contrato de plano de saúde.

2. O fato de eventual tratamento médico não constar do rol de procedimentos da ANS não significa, per se, que a sua prestação não possa ser exigida pelo segurado, pois, tratando-se de rol exemplificativo, a negativa de cobertura do procedimento médico cuja doença é prevista no contrato firmado implicaria a adoção de interpretação menos favorável ao consumidor.

[...]

(AgRg no AREsp 708.082/DF, Rel. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/02/2016, DJe 26/02/2016)

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)

Observa-se, assim, que a matéria debatida pela parte recorrente encontra-se pacificada nesta Corte nos termos do que decidido pelo Tribunal de origem, no sentido de que o procedimento necessário para a manutenção da vida e integridade física do segurado

Superior Tribunal de Justiça

não pode ter sua cobertura recusada pelo plano de saúde, aplicando-se a orientação prevista no enunciado 83 deste Superior Tribunal de Justiça.

3. Do exposto, com amparo no artigo 932 do CPC/15 c/c a Súmula 568/STJ, nego provimento ao agravo em recurso especial e, com base no art. 85, § 11, do CPC/2015, majoro os honorários sucumbenciais em 10% (dez por cento), incidente sobre o valor já arbitrado pela origem, em favor da parte recorrida.

Publique-se. Intimem-se.

Brasília, 28 de novembro de 2019.

MINISTRO MARCO BUZZI

Relator