

AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.552.932 - SP (2019/0229114-3)

RELATORA : MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
AGRAVANTE : UNIMED DE BEBEDOURO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS : JEBER JUABRE JUNIOR - SP122143
JOÃO PAULO JUNQUEIRA E SILVA E OUTRO(S) - SP136837
JOÃO FRANCISCO JUNQUEIRA E SILVA - SP247027
JUCILENE SANTOS - SP362531
URBANO JUNQUEIRA DE ANDRADE NETO - SP412574
AGRAVADO : SERGIO CALDATO
ADVOGADO : EMERSON MARCOS GONZALEZ - SP161896

DECISÃO

Trata-se de agravo interno interposto em face da decisão por meio da qual a Presidência desta Corte não conheceu do agravo em recurso especial (fls. 308/309, e-STJ):

A parte agravante alegou, em suas razões, que impugnou todos os fundamentos de inadmissibilidade do recurso.

Diante das razões do agravo, reconsidero a decisão recorrida e passo à análise do recurso.

Trata-se de agravo contra decisão que negou seguimento a recurso especial interposto em face de acórdão assim ementado (fl. 248, e-STJ):

APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. Apelado que é portador de leucemia linfocítica crônica. Negativa de cobertura do medicamento IMBRUVICA (IBRUTINIB). Inadmissibilidade. Existência de prescrição médica expressa. Fármaco que se encontra devidamente registrado pela ANVISA. Rol da ANS, ademais, que é meramente exemplificativo, mostrando-se abusiva a recusa de cobertura sob esse fundamento. Aplicação do CDC e das Súmulas 95 e 102 do TJSP. Sentença mantida. SUCUMBÊNCIA. Majoração dos honorários advocatícios, segundo as disposições do art. 85, §11, do CPC/2015. RECURSO NÃO PROVIDO.

Nas razões do recurso especial, a parte ora agravante alega violação aos arts. 4º, 10, da Lei 9.961/00 e 10, § 4º, da Lei 9.656/98.

Argumenta que o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é taxativo e não há a obrigação de os planos de saúde fornecerem medicamentos e tratamentos que nele não constem.

Não foram apresentadas contrarrazões, conforme certidão de fl. 273, e-STJ.

O recurso não foi admitido na origem, nos termos da decisão de fls. 281/282, 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, concluiu que o plano de saúde possuía a obrigação de fornecer o medicamento pleiteado, pelos seguintes fundamentos (fls. 249/253, e-STJ):

Cuida-se ação de obrigação de fazer ajuizada pelo apelado, aduzindo, em síntese, que é portador de leucemia linfocítica crônica, tendo-lhe sido prescrita a utilização do medicamento IMBRUVICA (IBRUTINIB) para tratamento da sua moléstia, cuja cobertura teria sido negada pela apelante.

Alega, porém, que a recusa é totalmente injustificada, razão pela qual ingressou com a presente demanda, visando compelir o plano de saúde a autorizar e arcar com o referido medicamento.

Recebida a petição inicial, o D. Magistrado a quo entendeu ser o caso de deferir a antecipação dos efeitos da tutela (fls. 53/54) e, ao final, confirmo-a, julgando procedente o pedido formulado (fls. 197/200).

Irretorquível o r. decisum.

Com efeito, sabe-se que o contrato celebrado entre as partes se submete às regras da Lei nº 8.078/90, consoante o disposto na Súmula de nº 608, recentemente editada pelo C. STJ:

Súmula 608. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidade de autogestão.

De acordo com a legislação consumerista, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor (art. 47), caracterizando-se abusivas aquelas que o coloquem em desvantagem exagerada ou que sejam incompatíveis com a boa-fé e a

equidade (art. 51, IV).

Desse modo, a apelante pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas pelo contrato, mas não o medicamento a ser utilizado para a respectiva cura. A abusividade, in casu, reside exatamente em impedir que o apelado tenha acesso ao tratamento necessário, em razão de cláusula limitativa.

Como é sabido, cabe somente ao profissional de medicina a indicação do tratamento adequado ao seu paciente, não se admitindo interferência do convênio para este fim, sob pena de violar o próprio objeto contratado, qual seja, a proteção da vida e da saúde do segurado.

Na hipótese em análise, é certo que a realização de tratamento quimioterápico com o medicamento IMBRUVICA (IBRUTINIB) foi expressamente prescrita pelo médico que acompanha o apelado (fls. 17), encontrando-se o referido fármaco, inclusive, devidamente aprovado pela ANVISA:

A Anvisa publicou nesta segunda-feira (27/7) o registro do medicamento novo Imbruvica® (ibrutinibe), um antineoplásico sob a forma de cápsula gelatinosa dura indicado para o tratamento de pacientes que apresentam Leucemia linfocítica crônica ou Linfoma linfocítico de pequenas células (LLC/LLPC) tratados com no mínimo um tratamento anterior. Trata-se de um medicamento novo, ou seja, de uma substância terapêutica que ainda não existia no país.

Assim, ainda que a negativa de cobertura tenha se baseado em item de exclusão contratual, tal cláusula deve ser considerada abusiva, notadamente porque o medicamento prescrito já se encontra devidamente registrado e é essencial para a recuperação do apelado.

Ademais, é irrelevante o fato de não constar na lista de coberturas obrigatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, visto que se trata de rol meramente exemplificativo, não esgotando as possibilidades de tratamento disponibilizadas aos pacientes, sendo igualmente abusiva a negativa de cobertura sob esse fundamento.

Ora, evidente que não pode um catálogo de natureza administrativa contemplar todos os avanços da ciência, muito menos esgotar todas as moléstias e seus meios curativos usados com base científica.

Na lição de HAMID CHARAF BDINE JÚNIOR: "É rigorosamente irrelevante que a ANS não tenha ainda catalogado o medicamento ou o tratamento ministrado ao paciente pelo médico que o assiste. Entre a aceitação da comunidade científica e os demorados trâmites

administrativos de classificação, não pode o paciente permanecer a descoberto, colocando em risco bens existenciais. Evidente que não pode um catálogo de natureza administrativa contemplar todos os avanços da ciência, muito menos esgotar todas as moléstias e seus meios curativos usados pela comunidade médica com base científica". O tema, aliás, encontra-se pacificado por este E. Tribunal de Justiça, consoante o disposto nas Súmulas 95 e 102 abaixo transcritas:

Súm. 95. Havendo expressa indicação médica, não prevalece a negativa de cobertura do custeio ou fornecimento de medicamentos associados a tratamento quimioterápico.

Súm. 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.

(...)

Em suma, é realmente abusiva a recusa realizada pela apelante, de sorte que deverá arcar com todas as despesas relativas ao tratamento quimioterápico com utilização do medicamento prescrito ao apelado.

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.

A propósito:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. AUTOGESTÃO. INAPLICABILIDADE DO CDC. SÚMULA 608/STJ. NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NATUREZA ABUSIVA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Com relação à inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor ao caso em voga, incide a Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, que dispõe: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão." Não obstante tal posicionamento, ressalta-se que permanece a obrigação dos planos de saúde de autogestão de cumprirem as obrigações legais e contratuais.

2. O Superior Tribunal de Justiça possui entendimento 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, medicamento ou procedimento imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário" (AgInt no AREsp 1.100.866/CE, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 21/11/2017, DJe de 30/11/2017)

3. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no REsp 1739747/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 16/10/2018, DJe 30/10/2018)

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

1. Nos termos da jurisprudência desta Corte, o contrato de plano de saúde pode limitar as doenças objeto cobertura, porém é vedada a exclusão dos meios necessários ao seu tratamento, de modo que é abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento domiciliar quando essencial para garantir a saúde ou a vida do segurado.

2. O acolhimento da pretensão recursal exigiria derruir a convicção formada nas instâncias ordinárias sobre a ocorrência de dano moral, bem como a revisão dos parâmetros utilizados para arbitramento da indenização - que, no caso, não se mostra excessiva ou irrisória.

Incidência da Súmula 7/STJ.

3. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1524431/RJ, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 23/9/2019, DJe 26/9/2019)

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

Em face do exposto, nego provimento ao agravo.

A majoração da verba honorária em razão do disposto no art. 85, § 11, do Código de Processo Civil de 2015 mostra-se incabível, uma vez que já houve a sua fixação no limite máximo pelas instâncias de origem.

Intimem-se.

Brasília (DF), 25 de novembro de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora