

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.584.038 - RS (2019/0275574-4)

RELATOR : **MINISTRO MARCO BUZZI**
AGRAVANTE : ASSOCIAÇÃO DR BARTHOLOMEU TACCHINI
ADVOGADOS : PAULA ZANATTA - RS031826
MARESSA CHACON - RS064605
BRUNO CARRER - RS087640
DEBORA CLEUDIMARA ORO - RS106598
AGRAVADO : JATIR COPAT - SUCESSÃO
AGRAVADO : EVA LAZZARI COPAT
AGRAVADO : RENATA COPAT
AGRAVADO : ROGENIO COPAT
ADVOGADOS : SIMONE VIEIRA DE OLIVEIRA - RS075541
MACIEL GIOVANELLA - RS069005
AGRAVADO : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO
ALEGRE
ADVOGADOS : ALEXANDRE AUGUSTO VIGEVANI SCHAF - RS054661
ANDRÉ GRAEFF MACEDO - RS078427
ELISA MOREIRA THOMÉ - RS089931

DECISÃO

Trata-se de agravo (art. 1.042 do CPC/15), interposto por ASSOCIAÇÃO DR. BARTHOLOMEU TACCHINI, em face de decisão que não admitiu recurso especial (fls. 504-511, e-STJ).

O apelo nobre, de sua vez, fundamentado na alínea “a” do permissivo constitucional, desafia acórdão prolatado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, assim ementado (fls. 451-465, e-STJ):

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO PRIVADO NÃO ESPECIFICADO. AÇÃO DE COBRANÇA. DENUNCIAÇÃO DA LIDE. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS MÉDICO -HOSPITALARES. Possibilidade de denúncia da lide. Matéria preclusa. Questão já examinada e decidida pela Câmara em julgamento anterior de agravo de instrumento, permitindo a denúncia. Mérito. O reembolso das despesas efetuadas pela internação em hospital não conveniado é exigível apenas em casos excepcionais. Reconhecida a situação de emergência (cláusula 26 do contrato), bem como que o atendimento prestado pela rede credenciada não fora efetivo, possível a condenação da denunciada (operadora do plano de saúde) ao ressarcimento das despesas efetuadas pelo denunciante. O reembolso no caso em exame deve ser de forma integral dos gastos hospitalares. APELAÇÃO PARCIALMENTE CONHECIDA E DESPROVIDA.

Nas razões do recurso especial (fls. 474-490, e-STJ), a recorrente, além de dissídio jurisprudencial, aponta violação aos seguintes artigos:

(i) 421 e 422 do CC/2002 e 12, II, da Lei 9656/98, já que a opção pelo atendimento médico fora da área de abrangência geográfica do plano decorreu da vontade do beneficiário, o que afasta o dever de cobertura;

Contrarrazões às fls. 495-502, e-STJ.

Em juízo de admissibilidade, negou-se o processamento do recurso especial, com amparo nas Súmulas 5 e 7 do STJ e 283 do STF.

Irresignada, aduz a agravante, em suma, que o reclamo merece trânsito, uma vez que os supracitados óbices não subsistiriam.

É o relatório.

Decido.

O inconformismo não merece prosperar.

1. Em seu arrazoado, defende a ora insurgente que o beneficiário voluntariamente buscou atendimento em hospital localizado fora da área de abrangência geográfica do plano de saúde, razão pela qual seria descabido o custeio dos valores relativos à internação.

Destaca, ainda, que, na oportunidade, indeferiu o pedido de cobertura médica sob o fundamento de que o tratamento demandado poderia ser efetuado no Hospital Tacchini. Veja-se (fl. 485, e-STJ):

Inicialmente, como já mencionado anteriormente, há que se destacar que o plano de saúde demandado foi previamente procurado pelo Sr. Jatir Copat para autorizar sua internação e atendimento médico na cidade de Porto Alegre/RS, na data de 13/07/2016. Contudo, conforme se depreende das Guias de Solicitação de Internação anexas ao feito, referida internação foi negada pela Recorrente, pelo fato de que a internação era passível de ser realizada no Hospital Tacchini, com médico credenciado.

Ora, uma vez que o Sr. Jatir Copat buscou a prestação de serviços hospitalares fora da área de abrangência geográfica coberta pelo plano de saúde, por opção exclusivamente sua. Aliás, isto ocorreu sem que a Recorrente tivesse lhe negado referido atendimento, o qual, em verdade, foi ofertado, inclusive, dentro de suas dependências, tendo este optado livre e espontaneamente pelo atendimento em outra unidade hospitalar, pelo que não há que se falar em responsabilidade do plano de saúde pelo adimplemento dos valores cobrados pela Instituição Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre junto aos sucessores do beneficiário do plano.

Nota-se, contudo, que a premissa fática que embasa as teses jurídicas dispostas no apelo extremo foram expressamente refutadas pelo acórdão recorrido.

Com efeito, nota-se que o Tribunal local, à luz dos elementos de prova acostados aos autos, consignou que a transferência do paciente para hospital não integrante da rede credenciada decorreu de ordem médica, ante a ausência de leitos de UTI internação na unidade indicada pela operadora de planos de saúde.

Nesse sentido, destaca-se o seguinte trecho do aresto impugnado (fls. 462, e-STJ):

Como se pode perceber, diante de um quadro de extrema gravidade do paciente, e diante da indisponibilidade no hospital conveniado de leito na UTI,

foi realizada a transferência para o hospital autor.

Ora, o Sr. Jater, que tinha um plano de saúde com a denunciada, procurou inicialmente atendimento junto ao hospital conveniado. A transferência para o hospital autor ocorreu em razão do quadro clínico emergencial e por não haver disponibilidade de leito na UTI no Hospital credenciado, e mais por indicação do médico que acompanhava o paciente naquele hospital.

Não era, portanto, razoável, que ficasse o paciente aguardando vaga, sem nenhuma perspectiva, e, ainda, com um quadro clínico de extrema gravidade. E foi justamente o quadro de gravidade do paciente que ensejou a transferência, havia urgência na internação, e o atendimento do hospital conveniado não se mostrou efetivo.

Diante de tal contexto, deve o hospital denunciado ser responsabilizado pelo reembolso das despesas efetuadas pela internação no hospital autor, uma vez que reconhecida a situação de emergência, bem como a ausência de leito disponível no Hospital Tacchini.

Nesse contexto, tem-se que o provimento do pleito recursal demandaria que tal premissa fosse derruída. Para tanto, todavia, seria necessária a reanálise de matéria fático-probatória, providência vedada em sede de recurso especial, nos termos da Súmula 07 do STJ. Precedentes:

AGRAVO INTERNO EM AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO (ART. 544 DO CPC/73) - AÇÃO CONDENATÓRIA - PLANO DE SAÚDE - REEMBOLSO - DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO PROVIMENTO AO RECLAMO, MANTIDA A INADMISSÃO DO RECURSO ESPECIAL. INSURGÊNCIA DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE.

1. Reembolso de despesas efetuadas por usuário do plano de saúde com internação em hospital não conveniado. Artigo 12, inciso VI, da Lei 9.656/98. Ressarcimento admitido apenas em casos excepcionais: situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada, entre outros.

1.1 Acórdão estadual que, com base nas circunstâncias fáticas dos autos, considerou configuradas as referidas hipóteses. Necessário reexame do contexto fático-probatório dos autos e interpretação das cláusulas do contrato de plano de saúde para suplantar a cognição da instância ordinária. Incidência das Súmulas 5 e 7 desta Corte.

(...)

3. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AgRg no AREsp 476.411/CE, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 08/11/2016, DJe 18/11/2016) [grifou-se]

Logo, inviável o acolhimento do apelo, em relação à presente questão.

2. Ante o exposto, com fulcro no art. 932 do CPC/2015 c/c Súmula 568/STJ, nego provimento ao agravo. Por conseguinte, nos termos do art. 85, § 11, do CPC/2015, majoro em 10% (dez por cento) o valor dos honorários advocatícios arbitrados na origem (fls. 464, e-STJ), observado, se for o caso, o disposto no art. 98, § 3º, do CPC/2015.

Publique-se.

Superior Tribunal de Justiça

Intimem-se.

Brasília (DF), 29 de novembro de 2019.

MINISTRO MARCO BUZZI
Relator