



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.027.818 - SP (2016/0324429-6)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
AGRAVANTE : OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA
ADVOGADO : MAURO VINÍCIUS SBRISSA TORTORELLI E OUTRO(S) - SP151716
ADVOGADA : ANA MARIA DELLA NINA ESPERANÇA - SP285535
AGRAVADO : PAULO SEBASTIÃO GOMES CARDOZO - ESPÓLIO
REPR. POR : CELY CARDOZO VERGUEIRO - INVENTARIANTE
ADVOGADOS : ADALBERTO PIMENTEL DINIZ DE SOUZA E OUTRO(S) - SP190370
NAIANE PRISCILA ALEXANDRINO MARQUES - DF056139

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO EMERGENCIAL. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA. CLÁUSULA CONTRATUAL QUE LIMITA O REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. ADOÇÃO DE CRITÉRIOS DESPROVIDOS DE CLAREZA. ABUSIVIDADE. REVISÃO. NECESSIDADE DE INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E DO REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. INVIABILIDADE. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. CDC. INCIDÊNCIA. ENTENDIMENTO EM HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A jurisprudência desta Corte Especial é firme no sentido de que "o contrato de seguro de saúde é obrigação de trato sucessivo, que se renova ao longo do tempo e, portanto, se submete às normas supervenientes, especialmente às de ordem pública, a exemplo do CDC, o que não significa ofensa ao ato jurídico perfeito" (AgRg no Ag n. 1.341.183/PB, Relator o Ministro Massami Uyeda, Terceira Turma, julgado em 10/4/2012, DJe 20/4/2012).

2. Tendo o Tribunal estadual - soberano na apreciação de fatos e provas - concluído ser abusiva a cláusula contratual que limita o reembolso das despesas médico-hospitalares, considerando, sobretudo, a adoção de critérios desprovidos de clareza, não se mostra possível modificar tal conclusão ante os óbices das Súmulas 5 e 7 desta Corte.

3. Agravo interno desprovido.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, por unanimidade, negar provimento ao agravo interno, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, Nancy Andrichi, Paulo de Tarso Sanseverino e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília, 21 de novembro de 2017 (data do julgamento).

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.027.818 - SP (2016/0324429-6)

RELATÓRIO

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE:

Cuida-se de agravo interposto por Omint Serviços de Saúde Ltda. contra decisão monocrática proferida por esta relatoria, nos termos da seguinte ementa (e-STJ, fl. 470):

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO EMERGENCIAL. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA. CLÁUSULA CONTRATUAL QUE LIMITA O REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. ADOÇÃO DE CRITÉRIOS OBSCUROS E DESPROVIDOS DE CLAREZA. ABUSIVIDADE. REVISÃO. NECESSIDADE DE INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E DO REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. INVIABILIDADE. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. CDC. INCIDÊNCIA. ENTENDIMENTO EM HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. AGRAVO CONHECIDO PARA NÃO CONHECER DO RECURSO ESPECIAL.

Nas razões recursais, a agravante afirma serem inaplicáveis as Súmulas n. 5 e 7 do STJ, ao argumento de que "não se pretende com o presente recurso o reexame de matéria fática e, tampouco, interpretação de cláusula contratual. Isso porque, restou incontroverso nos autos que há no contrato, celebrado entre as partes, repita-se, cláusula expressa de limitação de cobertura para as despesas incorridas fora da Rede Credenciada" (e-STJ, fl. 481).

Impugnação ao agravo interno apresentada às fls. 488-493 (e-STJ).

É o relatório.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.027.818 - SP (2016/0324429-6)

VOTO

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE (RELATOR):

Os argumentos trazidos pela agravante não são capazes de modificar as conclusões da deliberação unipessoal.

Conforme consignado na decisão agravada, a jurisprudência desta Corte Especial é firme no sentido de que "o contrato de seguro de saúde é obrigação de trato sucessivo, que se renova ao longo do tempo e, portanto, se submete às normas supervenientes, especialmente às de ordem pública, a exemplo do CDC, o que não significa ofensa ao ato jurídico perfeito" (AgRg no Ag n. 1.341.183/PB, Relator o Ministro Massami Uyeda, Terceira Turma, julgado em 10/4/2012, DJe 20/4/2012).

Na hipótese, a Corte *a quo*, soberana na apreciação de fatos e provas, concluiu ser abusiva a cláusula prevista no contrato firmado entre as partes que limita o reembolso das despesas médico-hospitalares, considerando, sobretudo, a adoção de critérios desprovidos de clareza.

Confirmam-se os fundamentos do acórdão recorrido:

Do exame dos autos, tem-se que o segurado foi beneficiário de seguro-saúde ofertado pela recorrida de 1/8/1988 (fls. 161/162) até o seu falecimento, ocorrido em 26/10/2013 (fls. 14).

Restara incontroverso que, em 6/9/2013, após sofrer uma parada cardio-respiratória, o conveniado foi socorrido pelo SAMU e necessitou ser internado em caráter de urgência (fls. 259), permanecendo no Hospital São Domingos, entidade não integrante da rede credenciada da ré, até 26/10/2013, data em que veio a falecer.

Tal motivara a cobrança, por parte da aludida unidade hospitalar, de despesas médico-hospitalares totalizando a quantia de R\$ 156.466,90 (fls. 53/86; 89/92; 95/97; 200).

Ocorre que, ao solicitar o reembolso dos aludidos dispêndios, o espólio do segurado logrou êxito na restituição da quantia de R\$ 64.235,63, certa a negativa da ré em reembolsar o valor remanescente.

Pois bem.

Não se discute a imprescindibilidade da internação hospitalar, sobressaindo a situação de real urgência/emergência alheia à vontade do segurado, o qual contava idade avançada e sofrera uma parada cardio-respiratória.

A operadora de saúde, aliás, sequer questiona as circunstâncias da internação, tampouco se era ou não imprescindível para salvaguardar



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

a vida e a saúde do paciente.

Outrossim, a ré não nega que o plano de saúde abrangia a cobertura para o procedimento adotado, cingindo-se a negativa de restituição integral das despesas médico-hospitalares ao fato de que a entidade hospitalar não é credenciada ao convênio.

Bate-se a operadora de saúde na tese de que o reembolso deve ocorrer dentro dos limites do contrato.

Assim, apoiada em cláusula contratual (Capítulo X, fls. 43/44), alega que não está obrigada a custear todo e qualquer tipo de procedimento e internação hospitalar, vez que o plano contratado possui limite de reembolso, alcançando a importância já restituída ao espólio-autor, sobretudo à vista da internação fora da rede conveniada

Da cláusula contratual que limita o reembolso: abusividade

Consoante delineado, a apelada não nega estar obrigada ao reembolso das despesas médico-hospitalares, tendo se limitado a afirmar que existe cláusula contratual que restringe o dever de suportar os seus custos.

Contudo, a cláusula contratual que limita o reembolso (fls. 43/44) não é clara acerca do valor a ser efetivamente reembolsado.

Sequer estabelece um critério objetivo ao prever, quanto ao procedimento para a determinação do valor do reembolso:

“3- Internação Hospitalar Diária, serviços especiais, medicamentos e material descartável, Unidade de Terapia Intensiva: até os valores correspondentes a tais itens estabelecidos no Plano escolhido. Tais valores são informados ao BENEFICIÁRIO quando de seu ingresso e quando os mesmos forem atualizados.

3.1 Honorários cirúrgicos Toma-se como referência a tabela da Associação Médica Brasileira vigente, multiplicando-se o Coeficiente de Honorários correspondente à cirurgia realizada pelo Coeficiente OMINT que varia com o Plano Escolhido. O produto obtido representa o valor máximo a ser reembolsado e abrange todos os valores percentuais atribuídos a cada profissional da equipe atuante, que compreende: cirurgião, auxiliar (es), anestesista e instrumentador (a). O valor máximo a ser reembolsado não poderá exceder o limite de honorários cirúrgicos estabelecidos no Plano escolhido. O limite de honorários cirúrgicos é informado ao BENEFICIÁRIO quando de seu ingresso e quando o mesmo for atualizado. O Coeficiente OMINT encontra-se à disposição do beneficiário no Departamento de Administração Médica, sendo periodicamente atualizado.

3.2 Honorários Clínicos É utilizada a Tabela OMINT de Síndromes Clínicas, multiplicando-se o Coeficiente de Honorários correspondente ao diagnóstico da enfermidade pelo Coeficiente OMINT que varia com o Plano Escolhido. O produto obtido representa o valor máximo a ser reembolsado e não poderá exceder o limite de honorários clínicos estabelecidos no Plano escolhido. O limite de honorários clínicos é informado ao BENEFICIÁRIO quando de seu ingresso e quando o mesmo for atualizado. O Coeficiente OMINT encontra-se à disposição do beneficiário no Departamento de Administração Médica, sendo



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

periodicamente atualizado ” (fls. 44).

A abusividade advém da adoção de critérios de reembolso obscuros e desprovidos de clareza, a dificultar sua compreensão e a afrontar o dever de informação previsto no artigo 6º, inciso III, do CDC, o que, ordinária e necessariamente, implica em desequilíbrio contratual.

Com efeito, a referência feita aos coeficientes das tabelas adotadas pela seguradora, bem assim o demonstrativo apresentado às fls. 99/114, não evidenciam de maneira clara, ao entendimento do consumidor em geral, a fórmula de cálculo adotada para a restituição, possibilitando toda sorte de abusos.

Ora, tampouco a argumentação apresentada pela ré na contestação (fls. 141/143) é esclarecedora quanto ao valor a ser reembolsado.

Veja-se:

Código da Tabela Omint x Qtde. de CHs x Coeficiente do Plano = Valor Gasto/Valor pago Não bastasse, a requerida limitara-se a alinhar, verbis:

“As Unidades de Serviço Omint (USO) estão todas relacionadas na Tabela Omint, documento esse registrado no 4º Cartório de Registro de Títulos e Documentos de São Paulo sob nº 5213762, que também é disponibilizada aos usuários para consulta na sede da Omint. Por outro lado, os Coeficientes do plano são informados no momento da sua contratação e são reajustados a cada período de 12 (doze) meses” (fls. 129; 140/143).

Observa-se que a operadora de saúde não informa com a objetividade necessária o cálculo que leva ao resultado do valor restituível, relegando ao seu exclusivo critério a fixação, sem que guarde relação com os preços realmente praticados, conforme se pode concluir pela desproporção entre o valor reembolsado e aquele efetivamente pago pelo segurado.

Não é possível concluir a origem, base de cálculo, valores da 'Tabela Omint' e quantidade de CHS, daí porque, ante a ausência de informação clara e precisa acerca das limitações contratuais, deve-se reconhecer a procedência da ação.

Não é demais marcar que os dispositivos contratuais que disciplinam o reembolso (Capítulo X, fls. 43/44) contêm forte carga de potestatividade e de abusividade, considerando que estão redigidos sem destaque, em letra minúscula, sem a clareza, a legibilidade e a ostensividade exigidas, em nítida afronta ao disposto no artigo 54, §§ 3º e 4º, do CDC.

Não bastasse a falta de clareza acerca da forma de quantificação do valor reembolsado contém potencial lesão aos direitos do segurado, e é incompreensível ao homem comum, que, em geral, não dispõe de conhecimento técnico acerca da fórmula matemática utilizada pela recorrida.

Prevalecem, ademais, o princípio da vulnerabilidade do consumidor (art. 4º, I, CDC) e a interpretação das cláusulas contratuais da maneira que lhe seja mais favorável (art. 47, CDC).

Em casos análogos, colhem-se precedentes registrados no âmbito desta C. Corte de Justiça:

[...]

Em suma, reputa-se abusiva a limitação dos valores do reembolso por



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

parte da apelada, razão pela qual a pretensão deduzida na inicial há de ser acolhida, sobretudo à vista dos documentos de fls. 89/93, 95/98, 200, que comprovam o efetivo dispêndio, em favor do conveniado, da quantia de R\$ 146.466,90, relacionada a despesas médicas-hospitalares diversas.

Dessa forma, é certo que a revisão da referida conclusão exigiria o revolvimento das cláusulas contratuais pactuadas entre as partes e das circunstâncias de fato pertinentes ao caso, o que não se admite em recurso especial, diante da aplicação das Súmulas 5 e 7 desta Corte.

A propósito:

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DECADÊNCIA DO DIREITO DE AÇÃO. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. ENUNCIADO 211 DA SÚMULA DO STJ. NÃO DEMONSTRAÇÃO. ENUNCIADO 284 DA SÚMULA. ABUSIVIDADE DE REAJUSTE. RESTITUIÇÃO. CABIMENTO. REEXAME. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULAS 5 E 7/STJ. FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO. NÃO IMPUGNAÇÃO. VERBETE 283 DA SÚMULA/STF. REVISÃO DE CLÁUSULA ABUSIVA. PRESCRIÇÃO DECENAL. NÃO OCORRÊNCIA. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. [...]

3. O acolhimento das razões de recurso, a fim de afastar o entendimento de abusividade do reajuste e cabimento de restituição, demandaria o reexame de matéria fática. Incidência dos verbetes 5 e 7 da Súmula desta Corte.

(AgRg no AREsp n. 263.276/RJ, Relatora a Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 23/6/2015, DJe 29/6/2015)

Ante o exposto, nego provimento ao agravo interno.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2016/0324429-6 PROCESSO ELETRÔNICO AgInt no
AREsp 1.027.818 /
SP

Números Origem: 10275826120148260100 20150000271640 20150000877517

PAUTA: 21/11/2017

JULGADO: 21/11/2017

Relator

Exmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. **LINDÔRA MARIA ARAÚJO**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE	: OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA
ADVOGADO	: MAURO VINÍCIUS SBRISSE TORTORELLI E OUTRO(S) - SP151716
ADVOGADA	: ANA MARIA DELLA NINA ESPERANÇA - SP285535
AGRAVADO	: PAULO SEBASTIÃO GOMES CARDOZO - ESPÓLIO
REPR. POR	: CELY CARDOZO VERGUEIRO - INVENTARIANTE
ADVOGADOS	: ADALBERTO PIMENTEL DINIZ DE SOUZA E OUTRO(S) - SP190370 NAIANE PRISCILA ALEXANDRINO MARQUES - DF056139

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE	: OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA
ADVOGADO	: MAURO VINÍCIUS SBRISSE TORTORELLI E OUTRO(S) - SP151716
ADVOGADA	: ANA MARIA DELLA NINA ESPERANÇA - SP285535
AGRAVADO	: PAULO SEBASTIÃO GOMES CARDOZO - ESPÓLIO
REPR. POR	: CELY CARDOZO VERGUEIRO - INVENTARIANTE
ADVOGADOS	: ADALBERTO PIMENTEL DINIZ DE SOUZA E OUTRO(S) - SP190370 NAIANE PRISCILA ALEXANDRINO MARQUES - DF056139

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Terceira Turma, por unanimidade, negou provimento ao agravo interno, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, Nancy Andrighi, Paulo de Tarso Sanseverino e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator.