



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt nos EDcl no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1775170 - MS
(2020/0268411-0)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : UNIMED DE DOURADOS COOPERATIVA TRABALHO MEDICO
ADVOGADOS : ALEXANDRE MAGNO CALEGARI PAULINO - MS009103
ROALDO PEREIRA ESPÍNDOLA - MS010109
FERNANDA ARAÚJO RIBEIRO BARALDI - MS011570
AGRAVADO : CAROLINE DO AMARAL POLIDO
ADVOGADO : IGOR DO AMARAL POLIDO - MS021160

EMENTA

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. **RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCP**C. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO PARA USO DOMICILIAR. RECUSA DE COBERTURA. IMPOSSIBILIDADE. ROL DA ANS EXEMPLIFICATIVO. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. Aplica-se o NCP C a este julgamento ante os termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: *Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC.*

2. Segundo a jurisprudência desta Corte, o plano de saúde deve custear o tratamento de doença coberta pelo contrato, porquanto as operadoras não podem limitar a terapêutica a ser prescrita por profissional habilitado ao beneficiário para garantir sua saúde ou sua vida, esclarecendo, ainda, que tal não é obstado pela ausência de previsão no rol de procedimentos da ANS.

3. Em que pese a existência de precedente da eg. Quarta Turma entendendo ser legítima a recusa de cobertura com base no rol de procedimentos mínimos da ANS, esta eg. Terceira Turma, no

juízo do REsp nº 1.846.108/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, julgado aos 2/2/2021, reafirmou sua jurisprudência no sentido do caráter exemplificativo do referido rol de procedimentos.

4. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo interno não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos.

5. Agravo interno não provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, negar provimento ao agravo interno, nos termos do voto do(a) Sr(a). Ministro(a) Relator(a).

Os Srs. Ministros Nancy Andrichi, Paulo de Tarso Sanseverino (Presidente), Ricardo Villas Bôas Cueva e Marco Aurélio Bellizze votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília, 11 de maio de 2021.

Ministro MOURA RIBEIRO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt nos EDcl no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1775170 - MS
(2020/0268411-0)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : UNIMED DE DOURADOS COOPERATIVA TRABALHO MEDICO
ADVOGADOS : ALEXANDRE MAGNO CALEGARI PAULINO - MS009103
ROALDO PEREIRA ESPÍNDOLA - MS010109
FERNANDA ARAÚJO RIBEIRO BARALDI - MS011570
AGRAVADO : CAROLINE DO AMARAL POLIDO
ADVOGADO : IGOR DO AMARAL POLIDO - MS021160

EMENTA

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. **RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCP**C. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO PARA USO DOMICILIAR. RECUSA DE COBERTURA. IMPOSSIBILIDADE. ROL DA ANS EXEMPLIFICATIVO. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. Aplica-se o NCP C a este julgamento ante os termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: *Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC.*

2. Segundo a jurisprudência desta Corte, o plano de saúde deve custear o tratamento de doença coberta pelo contrato, porquanto as operadoras não podem limitar a terapêutica a ser prescrita por profissional habilitado ao beneficiário para garantir sua saúde ou sua vida, esclarecendo, ainda, que tal não é obstado pela ausência de previsão no rol de procedimentos da ANS.

3. Em que pese a existência de precedente da eg. Quarta Turma entendendo ser legítima a recusa de cobertura com base no rol de procedimentos mínimos da ANS, esta eg. Terceira Turma, no

juízo do REsp nº 1.846.108/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, julgado aos 2/2/2021, reafirmou sua jurisprudência no sentido do caráter exemplificativo do referido rol de procedimentos.

4. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo interno não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos.

5. Agravo interno não provido.

RELATÓRIO

CAROLINE DO AMARAL POLIDO (CAROLINE) ajuizou ação de obrigação de fazer contra UNIMED DE DOURADOS COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO (OPERADORA), alegando que, embora beneficiária de plano de saúde mantido por esta, lhe foi recusado o fornecimento de medicamento para tratamento de doença, conforme indicação médica.

Em primeira instância, o pedido foi julgado parcialmente procedente para condenar a OPERADORA a fornecer o medicamento de nome comercial Enoxaparina 40mg/dia (Versa ou Clexane), durante todo o período gestacional da autora até seis semanas após o parto (e-STJ, fls. 300/313).

A apelação interposta pela OPERADORA não foi provida pelo Tribunal de Justiça de Mato Grosso de Sul, nos termos do acórdão assim ementado:

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO PARA EVITAR TROMBOSE EM GESTANTE PORTADORA DE TROMBOFILIA - RECUSA DA OPERADORA NO FORNECIMENTO DA MEDICAÇÃO PRESCRITA PARA CONTROLE E TENTATIVA DE EVITAR A PROGRESSÃO DE TROMBOFILIA EM PERÍODO DE GRAVIDEZ DA AUTORA - INTELECÇÃO DA LEI 9.656/98 - PERÍODO CERTO DE USO DA MEDICAÇÃO - MEDIDA PREVENTIVA QUE EVITARÁ O SURGIMENTO DO DANO TEMIDO, COM RISCO PARA A VIDA DA PACIENTE E DE SEU FILHO EM GESTAÇÃO - PREVENÇÃO DO ÓBITO FETAL E DE DOENÇAS GRAVES GESTACIONAIS PARA A MÃE - APLICAÇÃO DO ART. 35-F DA LEI 9656/98 E DAS REGRAS DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA QUE LIMITA A FORMA DE TRATAMENTO, MESMO QUE EXCLUSIVAMENTE DOMICILIAR, NO CASO CONCRETO - SENTENÇA MANTIDA - RECURSO IMPROVIDO.

l) A despeito de a Lei 9.656/98 - que regulamenta os planos de saúde - não contemplar o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar que não sejam antineoplásicos ou na hipótese em que há substituição da internação hospitalar pela domiciliar, não menos certo

é que se a doença de que a autora é portadora (trombofilia) tem cobertura de tratamento no contrato celebrado entre as partes e se existe latente a possibilidade de a internação da paciente vir a ocorrer durante a gravidez, ou depois dela, até seis meses, se a medicação indicada não for fornecida para uso imediato, foge da razoabilidade que se negue à paciente a prescrição medicamentosa sugerida (Enoxaparina 40 mg/dia (Versa ou Clexane) porque tal se daria em tratamento domiciliar, quando o se quer evitar, exatamente, é o surgimento da doença e a internação da autora que, inclusive, pode chegar a óbito ante o alto risco de complicações decorrentes da trombofilia.

II) Há que se prestigiar a interpretação que decorre do artigo 35-F da Lei n. 9.656/98 e das regras do Código de Defesa do Consumidor, que se sobrepõem à leitura isolada dos artigos 10 e 16 da referida lei, o que decorre da interpretação sistemática das normas que regem os contratos de plano de saúde.

III) Recurso conhecido e improvido (e-STJ, fl. 342).

Os embargos de declaração opostos pela OPERADORA foram rejeitados (e-STJ, fls. 342/359).

Inconformada, a OPERADORA interpôs recurso especial com fulcro no art. 105, III, a e c, da CF, alegando a violação dos arts. 1.022, II, do NCPD; 10, I e IX, da Lei nº 9.656/98 e 1º e 4º, III, da Lei nº 9.961/2000, ao sustentar que (1) houve negativa de prestação jurisdicional por parte do TJMS, uma vez que não se pronunciou acerca da sua conduta lícita ao negar o custeio de medicamento *off-label*; (2) é legal a recusa de cobertura do medicamento requerido para uso domiciliar, pois não está previsto no rol da ANS; e (3) demonstrou o dissídio jurisprudencial.

O apelo nobre não foi admitido em virtude da ausência de ofensa ao art. 1.022 do NCPD e incidência das Súmulas nºs 5, 7 e 83 do STJ (e-STJ, fls. 464/469).

Seguiu-se o agravo em recurso especial interposto pela OPERADORA que foi conhecido para conhecer em parte do apelo nobre e, nessa extensão, a ele negar provimento, nos termos da decisão monocrática da minha relatoria, assim indexada:

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPD. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO DO ART. 1.022 DO NCPD. RECUSA DE COBERTURA. MEDICAMENTO OFF-LABEL. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA Nº 568 DO STJ. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE CONHECIDO E NÃO PROVIDO (e-STJ, fl. 494).

Os embargos de declaração opostos pela OPERADORA foram rejeitados (e-STJ, fls. 516/522).

Nas razões do presente agravo interno, a OPERADORA reafirmou a legalidade da recusa da cobertura do medicamento requerido por CAROLINE para uso

domiciliar, por ausência de sua previsão no rol da ANS, destacando precedente da eg. Quarta Turma nesse sentido.

Sem impugnação (e-STJ, fl. 534).

É o relatório.

VOTO

O recurso não merece provimento.

De plano, vale pontuar que o recurso em análise foi interposto contra decisão publicada na vigência do novo Código de Processo Civil, razão pela qual devem ser exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma nele prevista, nos termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016:

Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC.

O inconformismo agora manejado não merece provimento por não ter trazido nenhum elemento apto a infirmar as conclusões externadas na decisão recorrida.

Do rol da ANS

No presente recurso, a OPERADORA reafirmou a legalidade da recusa da cobertura do medicamento requerido por CAROLINE para uso domiciliar, por ausência de sua previsão no rol da ANS.

Destacou, inclusive, precedente da eg. Quarta Turma nesse sentido.

No caso, ao que se depreende dos autos, CAROLINE estava gestante ao tempo do ajuizamento da ação, e apresentou quadro de trombofilia, necessitando fazer uso de "Enoxaparina 40 mg/dia", comercializado sob os nomes de Clexane ou Versa, durante todo o período gestacional e até seis semanas após o parto, a fim de evitar trombofilia, que pode pôr em risco a sua vida ou a do bebê.

Ao dirimir a controvérsia, o Tribunal estadual destacou que, a despeito dos dispositivos legais apontados violados, o que tem relevância na espécie é aferir se a doença que pode vir a ser acometida a autora, em razão da gravidez, com risco de morte inclusive, para si ou para o bebê, está contemplada no plano de saúde subscrito com a OPERADORA.

Sob esse prisma, acentuou o Órgão julgador:

Afinal, há de se considerar, em primeiro lugar, que a autora propôs a ação procurando evitar, exatamente, sua internação hospitalar, ou seja, evitar que a trombofilia possa se manifestar cuja probabilidade é alta se não ingerir a medicação.

Se tal vier a ocorrer, evidentemente que terá direito ao uso pleno do medicamento e, pior, com dispêndios maiores a serem suportados pelo próprio plano de saúde, em decorrência da internação da autora, SEM SE FALAR NO RISCO PARA A SUA VIDA em ocorrendo o evento danoso temido.

Em segundo lugar, há de se ter em consideração que se a autora não tivesse detectado a tempo a existência de causa severa para a trombofilia durante a gravidez, e não se utilizasse do uso do medicamento prescrito, em razão de seu histórico médico que aponta evidências de risco de trombofilia, certamente será internada para tratamento da urgência decorrente de possível sangramento durante a gravidez.

Se isto ocorrer, parece-me evidentemente também que ao par de o medicamento ser prescrito e custeado pela agravante durante a fase de internamento, teria que suportar o pagamento do custo do medicamento também na continuidade do tratamento domiciliar, caso em que a medicação certamente continuará a lhe ser prescrita, eis que deve fazer uso até seis meses depois do nascimento da criança. E nessa hipótese, não existem dúvidas de que a operadora do plano de saúde deve fornecer a medicação prescrita pelo médico que atende a paciente no caso de tratamento domiciliar em continuidade ao tratamento hospitalar.

Logo, o só fato de a autora não ter sido internada, muito menos continuado o tratamento em regime domiciliar (felizmente), não pode ser causa excludente do dever de a operadora do plano de saúde custear o medicamento, exatamente para evitar o evento lesivo que indubitavelmente irá ocorrer com riscos para a vida da autora e do bebê em gestação o que se deve evitar (e-STJ, fls. 349/350).

Dessa forma, observa-se que o acórdão recorrido está em sintonia com o entendimento desta Terceira Turma no sentido de que o plano de saúde deve ser compelido a custear o tratamento de doença coberta pelo contrato, porquanto as operadoras não podem limitar a terapêutica a ser prescrita por profissional habilitado ao beneficiário para garantir sua saúde ou sua vida, esclarecendo, ainda, que tal não é obstado pela ausência de previsão no rol de procedimentos da ANS.

Conforme assinalado na decisão ora impugnada, não se olvida da existência de precedente da Quarta Turma asseverando que a ausência de previsão no rol da ANS afasta a obrigação do plano de saúde de custear o tratamento.

A propósito:

PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, POR EXPRESSA DISPOSIÇÃO LEGAL E NECESSIDADE DE HARMONIZAÇÃO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. CARACTERIZAÇÃO COMO RELAÇÃO EXEMPLIFICATIVA. IMPOSSIBILIDADE. MUDANÇA DO ENTENDIMENTO DO COLEGIADO (OVERRULING). CDC. APLICAÇÃO, SEMPRE VISANDO HARMONIZAR OS

INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL E SEGURANÇA JURÍDICA. PRESERVAÇÃO. NECESSIDADE. RECUSA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO NÃO ABRANGIDO NO ROL EDITADO PELA AUTARQUIA OU POR DISPOSIÇÃO CONTRATUAL. OFERECIMENTO DE PROCEDIMENTO ADEQUADO, CONSTANTE DA RELAÇÃO ESTABELECIDA PELA AGÊNCIA. EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. INVIABILIDADE.

1. A Lei n. 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. O art. 4º, III e XXXVII, atribui competência à Agência para elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656/1998, além de suas excepcionalidades, zelando pela qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar.

2. Com efeito, por clara opção do legislador, é que se extrai do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 c/c o art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000, a atribuição dessa Autarquia de elaborar a lista de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Em vista dessa incumbência legal, o art. 2º da Resolução Normativa n. 439/2018 da ANS, que atualmente regulamenta o processo de elaboração do rol, em harmonia com o determinado pelo caput do art. 10 da Lei n.

9.656/1998, esclarece que o rol garante a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID da Organização Mundial da Saúde.

3. A elaboração do rol, em linha com o que se deduz do Direito Comparado, apresenta diretrizes técnicas relevantes, de inegável e peculiar complexidade, como: utilização dos princípios da Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS; observância aos preceitos da Saúde Baseada em Evidências - SBE; e resguardo da manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor.

4. O rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para propiciar direito à saúde, com preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. Por conseguinte, em revisitação ao exame detido e aprofundado do tema, conclui-se que é inviável o entendimento de que o rol é meramente exemplificativo e de que a cobertura mínima, paradoxalmente, não tem limitações definidas. Esse raciocínio tem o condão de encarecer e efetivamente padronizar os planos de saúde, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito, restringindo a livre concorrência e negando vigência aos dispositivos legais que estabelecem o plano-referência de assistência à saúde (plano básico) e a possibilidade de definição contratual de outras coberturas.

5. Quanto à invocação do diploma consumerista pela autora desde a exordial, é de se observar que as técnicas de interpretação do Código de Defesa do Consumidor devem reverência ao princípio da especialidade e ao disposto no art. 4º daquele diploma, que orienta, por imposição do próprio Código, que todas as suas disposições estejam voltadas teleologicamente e finalisticamente para a consecução da harmonia e do equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores.

6. O rol da ANS é solução concebida pelo legislador para harmonização da relação contratual, elaborado de acordo com aferição de segurança, efetividade e impacto econômico. A uníssona doutrina especializada alerta para a necessidade de não se inviabilizar a saúde suplementar. A disciplina contratual exige uma adequada divisão de

ônus e benefícios dos sujeitos como parte de uma mesma comunidade de interesses, objetivos e padrões. Isso tem de ser observado tanto em relação à transferência e distribuição adequada dos riscos quanto à identificação de deveres específicos do fornecedor para assegurar a sustentabilidade, gerindo custos de forma racional e prudente.

7. No caso, a operadora do plano de saúde está amparada pela excludente de responsabilidade civil do exercício regular de direito, consoante disposto no art. 188, I, do CC. É incontroverso, constante da própria causa de pedir, que a ré ofereceu prontamente o procedimento de vertebroplastia, inserido do rol da ANS, não havendo falar em condenação por danos morais.

8. Recurso especial não provido.

(REsp 1.733.013/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Quarta Turma, j. em 10/12/2019, DJe 20/2/2020)

Todavia, esta Terceira Turma, em recente julgado, reafirmou expressamente a tese encampada na decisão unipessoal agravada quanto ao caráter exemplificativo do rol de procedimentos da ANS, de modo que a ausência de previsão no referido rol não afasta do plano de saúde a obrigação de custear tratamento necessário à preservação da saúde do segurado se a doença é coberta contratualmente.

Nesse sentido, confira-se:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER E DE PAGAR. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. AMPLITUDE DE COBERTURA. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS. NATUREZA EXEMPLIFICATIVA. LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL. ABUSIVIDADE. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer e de pagar ajuizada em 16/05/2017, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 27/09/2018 e atribuído ao gabinete em 18/09/2019.

2. O propósito recursal é dizer sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde custear integralmente o tratamento de terapia ocupacional, sem limitar o número e a periodicidade das sessões indicadas na prescrição médica.

3. Nos termos do § 4º do art. 10 da Lei 9.656/1998, a amplitude da cobertura assistencial médico-hospitalar e ambulatorial, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, é regulamentada pela ANS, a quem compete a elaboração do rol de procedimentos e eventos para a promoção à saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, da Organização Mundial de Saúde – OMS, respeitadas as segmentações assistenciais contratadas.

4. O Plenário do STF reafirmou, no julgamento da ADI 2.095/RS (julgado em 11/10/2019, DJe de 26/11/2019), que “o poder normativo atribuído às agências reguladoras deve ser exercitado em conformidade com a ordem constitucional e legal de regência”, razão pela qual os atos normativos exarados pela ANS, além de compatíveis com a Lei 9.656/1998 e a Lei 9.961/2000, dentre outras leis especiais, devem ter conformidade com a CF/1988 e o CDC, não lhe cabendo inovar a ordem jurídica.

5. Conquanto o art. 35-G da Lei 9.656/1998 imponha a aplicação subsidiária da lei consumerista aos contratos celebrados entre usuários e operadoras de plano de saúde, a doutrina especializada

defende a sua aplicação complementar àquela lei especial, em diálogo das fontes, considerando que o CDC é norma principiológica e com raiz constitucional, orientação essa que se justifica ainda mais diante da natureza de adesão do contrato de plano de saúde e que se confirma, no âmbito jurisdicional, com a edição da súmula 608 pelo STJ.

6. Quando o legislador transfere para a ANS a função de definir a amplitude das coberturas assistenciais (art. 10, § 4º, da Lei 9.656/1998), não cabe ao órgão regulador, a pretexto de fazê-lo, criar limites à cobertura determinada pela lei, de modo a restringir o direito à saúde assegurado ao consumidor, frustrando, assim, a própria finalidade do contrato.

7. O que se infere da leitura da Lei 9.656/1998 é que o plano-referência impõe a cobertura de tratamento de todas as doenças listadas na CID, observada a amplitude prevista para o segmento contratado pelo consumidor e excepcionadas apenas as hipóteses previstas nos incisos do art. 10, de modo que qualquer norma infralegal que a restrinja mostra-se abusiva e, portanto, ilegal, por colocar o consumidor em desvantagem exagerada.

8. O rol de procedimentos e eventos em saúde (atualmente incluído na Resolução ANS 428/2017) é, de fato, importante instrumento de orientação para o consumidor em relação ao mínimo que lhe deve ser oferecido pelas operadoras de plano de saúde, mas não pode representar a delimitação taxativa da cobertura assistencial mínima, na medida em que o contrato não se esgota em si próprio ou naquele ato normativo, mas é regido pela legislação especial e, sobretudo, pela legislação consumerista, com a ressalva feita aos contratos de autogestão.

9. Sob o prisma do CDC, não há como exigir do consumidor, no momento em que decide aderir ao plano de saúde, o conhecimento acerca de todos os procedimentos que estão – e dos que não estão – incluídos no contrato firmado com a operadora do plano de saúde, inclusive porque o rol elaborado pela ANS apresenta linguagem técnico-científica, absolutamente ininteligível para o leigo. Igualmente, não se pode admitir que mero regulamento estipule, em desfavor do consumidor, a renúncia antecipada do seu direito a eventual tratamento prescrito para doença listada na CID, por se tratar de direito que resulta da natureza do contrato de assistência à saúde.

10. No atendimento ao dever de informação, deve o consumidor ser clara, suficiente e expressamente esclarecido sobre os eventos e procedimentos não cobertos em cada segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar – com ou sem obstetrícia – e odontológico), como também sobre as opções de rede credenciada de atendimento, segundo as diversas categorias de plano de saúde oferecidas pela operadora; sobre os diferentes tipos de contratação (individual/familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial), de área de abrangência (municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados e nacional) e de acomodação (quarto particular ou enfermaria), bem como sobre as possibilidades de coparticipação ou franquia e de pré ou pós-pagamento, porque são essas as informações que o consumidor tem condições de avaliar para eleger o contrato a que pretende aderir.

11. Não é razoável impor ao consumidor que, no ato da contratação, avalie os quase 3.000 procedimentos elencados no Anexo I da Resolução ANS 428/2017, a fim de decidir, no momento de eleger e aderir ao contrato, sobre as possíveis alternativas de tratamento para as eventuais enfermidades que possam vir a acometê-lo.

12. Para defender a natureza taxativa do rol de procedimentos e eventos em saúde, a ANS considera a incerteza sobre os riscos assumidos pela operadora de plano de saúde, mas desconsidera que tal solução implica a transferência dessa mesma incerteza para o consumidor, sobre o qual passam a recair os riscos que ele,

diferentemente do fornecedor, não tem condições de antever e contra os quais acredita, legitimamente, estar protegido, porque relacionados ao interesse legítimo assegurado pelo contrato.

13. A qualificação do rol de procedimentos e eventos em saúde como de natureza taxativa demanda do consumidor um conhecimento que ele, por sua condição de vulnerabilidade, não possui nem pode ser obrigado a possuir; cria um impedimento inaceitável de acesso do consumidor às diversas modalidades de tratamento das enfermidades cobertas pelo plano de saúde e às novas tecnologias que venham a surgir; e ainda lhe impõe o ônus de suportar as consequências de sua escolha desinformada ou mal informada, dentre as quais, eventualmente, pode estar a de assumir o risco à sua saúde ou à própria vida.

14. É forçoso concluir que o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS tem natureza meramente exemplificativa, porque só dessa forma se concretiza, a partir das desigualdades havidas entre as partes contratantes, a harmonia das relações de consumo e o equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores, de modo a satisfazer, substancialmente, o objetivo da Política Nacional das Relações de Consumo.

15. Hipótese em que a circunstância de o rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecer um número mínimo de sessões de terapia ocupacional de cobertura obrigatória, ao arripio da lei, não é apta a autorizar a operadora a recusar o custeio das sessões que ultrapassam o limite previsto. Precedente do STF e do STJ.

16. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários.

(REsp 1.846.108/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, j. em 2/2/2021, DJe 5/2/2021 - sem destaques no original)

Seguindo, ainda, essa orientação:

AGRAVO INTERNO. RECURSO ESPECIAL. CIVIL (CPC/2015). CIVIL. PLANO DE SAÚDE NA MODALIDADE AUTOGESTÃO. RECUSA DE COBERTURA DE CIRURGIA PARA TRATAMENTO DE DEGENERAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM). DIVERGÊNCIA QUANTO À ADEQUAÇÃO DO PROCEDIMENTO. INGERÊNCIA NA RELAÇÃO CIRURGIÃO-PACIENTE. DESCABIMENTO. JURISPRUDÊNCIA PACÍFICA DESTA TURMA. APLICABILIDADE ÀS OPERADORAS DE AUTOGESTÃO. PRECEDENTE EM SENTIDO CONTRÁRIO NA QUARTA TURMA. EAFIRMAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DESTA TURMA.

1. Controvérsia acerca da recusa de cobertura de cirurgia para tratamento de degeneração da articulação temporomandibular (ATM), pelo método proposto pelo cirurgião assistente, em paciente que já se submeteu a cirurgia anteriormente, por outro método, sem obter êxito definitivo.

2. Nos termos da jurisprudência pacífica desta Turma, o rol de procedimentos mínimos da ANS é meramente exemplificativo, não obstante a que o médico assistente prescreva, fundamentadamente, procedimento ali não previsto, desde que seja necessário ao tratamento de doença coberta pelo plano de saúde. Aplicação do princípio da função social do contrato.

3. Caso concreto em que a necessidade de se adotar procedimento não previsto no rol da ANS encontra-se justificada, devido ao fato de o paciente já ter se submetido a tratamento por outro método e não ter alcançado êxito.

4. Aplicação do entendimento descrito no item 2, supra, às entidades de autogestão, uma vez que estas, embora não sujeitas ao Código de

Defesa do Consumidor, não escapam ao dever de atender à função social do contrato.

5. Existência de precedente recente da QUARTA TURMA no sentido de que seria legítima a recusa de cobertura com base no rol de procedimentos mínimos da ANS.

6. Reafirmação da jurisprudência desta TURMA no sentido do caráter exemplificativo do referido rol de procedimentos.

7. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

(AglInt no REsp 1.829.583/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Terceira Turma, j. em 22/6/2020, DJe 26/6/2020)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE REPARAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. 1. TRATAMENTO PRESCRITO PELO MÉDICO. CONDUTA ABUSIVA. INDEVIDA NEGATIVA DE COBERTURA. PRECEDENTES. SÚMULA 83/STJ. 2. LIMITAÇÃO DE SESSÕES DE TERAPIA E COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 211/STJ. 3. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. Com efeito, a jurisprudência desta Corte Superior já sedimentou entendimento no sentido de que "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". E 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 16/2/2016, DJe 26/2/2016).

[...]

3. Agravo interno improvido.

(AglInt no AREsp 1.471.762/DF, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Terceira Turma, j. em 23/3/2020, DJe 30/3/2020)

Assim, não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo interno não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos.

Nessas condições, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao agravo interno.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2020/0268411-0

**AgInt nos EDcl no
AREsp 1.775.170 /
MS**

Números Origem: 0801186-19.2017.8.12.0002 08011861920178120002
0801186192017812000250002 8011861920178120002
801186192017812000250002

PAUTA: 11/05/2021

JULGADO: 11/05/2021

Relator

Exmo. Sr. Ministro **MOURA RIBEIRO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. ROGÉRIO DE PAIVA NAVARRO

Secretária

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : UNIMED DE DOURADOS COOPERATIVA TRABALHO MEDICO
ADVOGADOS : ALEXANDRE MAGNO CALEGARI PAULINO - MS009103
ROALDO PEREIRA ESPÍNDOLA - MS010109
FERNANDA ARAÚJO RIBEIRO BARALDI - MS011570

AGRAVADO : CAROLINE DO AMARAL POLIDO
ADVOGADO : IGOR DO AMARAL POLIDO - MS021160

ASSUNTO: DIREITO DA SAÚDE - Suplementar - Planos de Saúde - Fornecimento de Medicamentos

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : UNIMED DE DOURADOS COOPERATIVA TRABALHO MEDICO
ADVOGADOS : ALEXANDRE MAGNO CALEGARI PAULINO - MS009103
ROALDO PEREIRA ESPÍNDOLA - MS010109
FERNANDA ARAÚJO RIBEIRO BARALDI - MS011570

AGRAVADO : CAROLINE DO AMARAL POLIDO
ADVOGADO : IGOR DO AMARAL POLIDO - MS021160

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(a) Sr(a). Ministro(a) Relator(a).

Os Srs. Ministros Nancy Andrichi, Paulo de Tarso Sanseverino (Presidente), Ricardo Villas Bôas Cueva e Marco Aurélio Bellizze votaram com o Sr. Ministro Relator.

 2020/0268411-0 - AREsp 1775170 Petição : 2021/0021591-5 (AgInt)