

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1812354 - PE (2017/0301635-5)

RELATOR : MINISTRO MOURA RIBEIRO
AGRAVANTE : SONIA MARIA DE SA MARINHO
AGRAVANTE : JOAO MARINHO NETO
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA - PE028318
ARTUR CASTRO DE SOUZA - PE029346
LUCIANA DE VASCONCELOS VELOSO DA SILVEIRA
- PE038697
AGRAVADO : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO
BANCO DO BRASIL
ADVOGADOS : ALEXANDRE SOARES BARTILOTTI E OUTRO(S) -
PE016380
ISABELA GUEDES FERREIRA LIMA - PE017559
FRANÇOIS MITTERRAND CABRAL DA SILVA -
PE028275

EMENTA

CIVIL. PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. **RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC.** PLANO DE SAÚDE. ENTIDADE FECHADA. AUTOGESTÃO. INAPLICABILIDADE. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. REEMBOLSO INTEGRAL DAS DESPESAS. RESSARCIMENTO DE ACORDO COM A TABELA PRATICADA PELO PLANO DE SAÚDE. PRECEDENTES. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. Aplica-se o NCPC a este recurso 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. O Código de Defesa do Consumidor não é aplicável aos planos de saúde firmados com entidades de autogestão. Precedentes.
3. Não obstante devido o atendimento emergencial em entidade não credenciada pelo plano de saúde, não há ilicitude na cláusula limitativa de reembolso pela tabela de prestadora de assistência à saúde. Precedentes.
4. 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, em negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Nancy Andrigli, Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva e Marco Aurélio Bellizze votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Brasília, 17 de fevereiro de 2020 (Data do Julgamento)

Ministro Moura Ribeiro
Relator

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.812.354 - PE (2017/0301635-5)

RELATOR : MINISTRO MOURA RIBEIRO
AGRAVANTE : SONIA MARIA DE SA MARINHO
AGRAVANTE : JOAO MARINHO NETO
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA - PE028318
ARTUR CASTRO DE SOUZA - PE029346
LUCIANA DE VASCONCELOS VELOSO DA SILVEIRA -
PE038697
AGRAVADO : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO
DO BRASIL
ADVOGADOS : ALEXANDRE SOARES BARTILOTTI E OUTRO(S) - PE016380
ISABELA GUEDES FERREIRA LIMA - PE017559
FRANÇOIS MITTERRAND CABRAL DA SILVA - PE028275

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO MOURA RIBEIRO (Relator):

Os autos noticiam que SÔNIA MARIA DE SÁ MARINHO e JOÃO MARINHO NETO (SEGURADOS) propuseram ação de obrigação de fazer, c/c nulidade de cláusula contratual, contra a CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL (CASSI), sob o argumento de que o plano de saúde não cobriu as despesas do tratamento médico.

A pretensão foi julgada em parte procedente, condenando a *Demandada a reembolsar a Demandante no valor despendido com despesas de tratamento de que trata a inicial* (e-STJ, fl. 563) e ao pagamento de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) a título de dano moral.

A sentença foi mantida em apelação, cujo acórdão encontra-se assim ementado:

RECURSO DE APELAÇÃO. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. DIAGNOSTICO DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EM 2008 COM RECIDIVA DA DOENÇA, QUATRO ANOS DEPOIS. ANTE A DIFICULDADE DE SE CHEGAR A UM DIAGNÓSTICO PRECISO, A PACIENTE PRECISOU CONSULTAR VÁRIOS ESPECIALISTAS. APÓS A RECIDIVA DA DOENÇA O APELANTE PASSOU A NEGAR A COBERTURA DO TRATAMENTO. EXAMES E TRATAMENTO CUSTEADOS DE FORMA PARTICULAR. RECOMENDAÇÃO MÉDICA PARA REALIZAÇÃO DE EXAME DE PET-CT E DE VNTR GLOBAL. NEGATIVA INDEVIDA. DEVER DE COBERTURA CONTRATUAL. DEVER DE REEMBOLSO INTEGRAL DAS DESPESAS PAGAS ANTE A

AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO CLARA E PRECISA DA EXISTÊNCIA DE TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS PELO PLANO DE SAÚDE. DANO MORAL COMPROVADO. APLICAÇÃO DO CDC. PRELIMINARES DE PRESCRIÇÃO E INÉPCIA DA INICIAL, ARGUIDAS E AFASTADAS. RECURSO IMPROVIDO. DECISÃO UNÂNIME.

1. Não pode uma cláusula contratual restringir direito ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar o seu objeto ou o equilíbrio contratual, bem como se mostrar excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso, conforme art. 51, § 1º, II, III e IV, do CDC.

2. A recomendação para o tratamento é de ordem médica e é o profissional que detém o conhecimento técnico sobre as técnicas empregadas bem como pelos medicamentos a serem utilizados na cura do paciente. É de sua responsabilidade a orientação terapêutica não cabendo às operadoras substituírem os técnicos neste mister, sob pena de se por em risco a vida do consumidor.

3. A apelada foi diagnosticada em 2008 com LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA e quatro anos depois deste diagnostico houve uma recidiva da doença, diagnosticada após vários exames, tendo a médica assistente da paciente, ora, apelada, achado por bem encaminhá-la para São Paulo e depois para Curitiba a fim de realizar tratamento mais adequado. Após a recidiva da doença, o plano de saúde apelante passou a não mais atender as necessidades da autora, ora apelada, tendo ela e sua família custeado de forma particular os exames e procedimentos necessários ao tratamento, despendendo um valor de R\$ 123.200,00 (cento e vinte e três mil e duzentos reais).

4. A ausência de reembolso integral dos procedimentos comprovados nos autos sob a alegação de que devem ser feitos baseados na tabela de honorários médicos ante a utilização de rede não credenciada não merece prosperar (cláusula 32, capítulo VII do contrato firmado entre as partes). Referida tabela, não foi reproduzida no instrumento contratual, como também não foram acostados aos autos documentos capazes de possibilitar ao consumidor de forma clara e precisa a existência de dados concretos a respeito da forma de cálculo aduzida para um possível reembolso parcial. Portanto, fere o art 6º, III do CDC, que preconiza o direito do consumidor à informação.

4. O art. 35-F da Lei nº 9.656/98 dispõe que a assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde. Entendimento divergente, limitando o fornecimento de todos os meios necessários à recuperação/manutenção da saúde, fere o direito fundamental à vida, previsto na Carta Maior, e que deve prevalecer sobre qualquer outro.

5. Portanto, o indeferimento da realização do exame de PET-CT e da realização de quimioterapia sob argumento de não previsão

contratual, não se sobrepõe aos princípios constitucionais da saúde e da vida, mormente quando há previsão médica indicando que o tratamento é essencial para a saúde do paciente. A negativa configura o dano moral.

6. O cumprimento da obrigação de fazer somente após a determinação judicial não esvazia o objeto da demanda, sobretudo quando se verifica que há pedido de dano moral atrelado à falta de autorização voluntária da responsabilidade.

7. O apelante arguiu as preliminares de prescrição e de inépcia da inicial, as quais foram afastadas.

7. É cediço que, na fixação da reparação por dano extrapatrimonial, incumbe ao julgador, atentando, sobretudo, para as condições do ofensor, do ofendido e do bem jurídico lesado, e aos princípios da proporcionalidade e razoabilidade, arbitrar quantum que se preste à suficiente recomposição dos prejuízos, sem importar, contudo, enriquecimento sem causa da vítima. No presente caso o quantum indenizatório estabelecido está dentro dos parâmetros da razoabilidade e proporcionalidade (e-STJ, fls. 629/630).

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados.

Contra esses julgados a CASSI manejou recurso especial fundamentado na alínea a do permissivo constitucional, alegando (1) ofensa aos arts. 267, I, e 295, I e parágrafo único, incisos I e II, do CPC/73, diante da inépcia da inicial, por não se ter especificado os pagamentos efetuados no tratamento; (2) malferimento do art. 206, § 3º, IV e V, do CC/02, defendendo ser de 3 anos o prazo prescricional para se pleitear o ressarcimento de valores; (3) violação do art. 3º, § 2º, do CDC, por ser inaplicável o CDC nos contratos de plano de saúde de autogestão; e (4) contrariedade ao art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98, considerando que o reembolso de valores pela utilização de serviços médicos fora da rede credenciada deve obedecer a tabela dos preços praticados pela operadora de saúde.

Foram apresentadas contrarrazões.

Inadmitido o recurso pelo juízo prévio de admissibilidade, foi apresentado o correspondente agravo, que foi provido, determinando-se sua autuação como recurso especial para melhor exame da controvérsia.

O apelo nobre foi provido parcialmente em decisão monocrática, que foi assim sumariada:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCP. CAUSA DE PEDIR E PEDIDO DELINEADOS. AMPLA DEFESA E CONTRADITÓRIO GARANTIDOS. INÉPCIA DA INICIAL. INOCORRÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE

Superior Tribunal de Justiça

DESPESAS REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA.
PRESCRIÇÃO DECENAL. LIMITAÇÃO DO VALOR AO PREÇO
DE TABELA DA OPERADORA. AGRAVO CONHECIDO.
RECURSO ESPECIAL PROVIDO EM PARTE.

Nas razões do presente agravo interno, SÔNIA sustentou **(1)** aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor e do Código Civil a entidades fechadas de autogestão, tendo em vista tratar-se de contrato de adesão, sobretudo em razão do princípio da boa-fé contratual que norteia as relações dessa natureza; e **(2)** necessidade da operadora do plano de saúde reembolsar integralmente os custos assumidos.

Não foi apresentada impugnação (e-STJ, fl. 885).

Intimada, SÔNIA insistiu no julgamento do seu recurso (e-STJ, fls. 889/891).

É o relatório.

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.812.354 - PE (2017/0301635-5)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : SONIA MARIA DE SA MARINHO
AGRAVANTE : JOAO MARINHO NETO
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA - PE028318
ARTUR CASTRO DE SOUZA - PE029346
LUCIANA DE VASCONCELOS VELOSO DA SILVEIRA -
PE038697
AGRAVADO : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO
DO BRASIL
ADVOGADOS : ALEXANDRE SOARES BARTILOTTI E OUTRO(S) - PE016380
ISABELA GUEDES FERREIRA LIMA - PE017559
FRANÇOIS MITTERRAND CABRAL DA SILVA - PE028275

EMENTA

CIVIL. PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. **RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC.** PLANO DE SAÚDE. ENTIDADE FECHADA. AUTOGESTÃO. INAPLICABILIDADE. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. REEMBOLSO INTEGRAL DAS DESPESAS. RESSARCIMENTO DE ACORDO COM A TABELA PRATICADA PELO PLANO DE SAÚDE. PRECEDENTES. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. Aplica-se o NCPC a este recurso 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. O Código de Defesa do Consumidor não é aplicável aos planos de saúde firmados com entidades de autogestão. Precedentes.

3. Não obstante devido o atendimento emergencial em entidade não credenciada pelo plano de saúde, não há ilicitude na cláusula limitativa de reembolso pela tabela de prestadora de assistência à saúde. Precedentes.

4. Agravo interno não provido.

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.812.354 - PE (2017/0301635-5)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : SONIA MARIA DE SA MARINHO
AGRAVANTE : JOAO MARINHO NETO
ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA - PE026304
JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA - PE028318
ARTUR CASTRO DE SOUZA - PE029346
LUCIANA DE VASCONCELOS VELOSO DA SILVEIRA -
PE038697
AGRAVADO : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO
DO BRASIL
ADVOGADOS : ALEXANDRE SOARES BARTILOTTI E OUTRO(S) - PE016380
ISABELA GUEDES FERREIRA LIMA - PE017559
FRANÇOIS MITTERRAND CABRAL DA SILVA - PE028275

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO MOURA RIBEIRO (Relator):

O inconformismo não merece prosperar.

De plano, vale pontuar que as disposições do NCPC, no que se refere aos requisitos de admissibilidade dos recursos, são aplicáveis ao caso concreto 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.

(1) Inaplicabilidade do CDC

SÔNIA defende a aplicabilidade do CDC nas suas relações contratuais com o plano de saúde de autogestão, o que restabeleceria o fundamento do acórdão recorrido de reembolso integral das despesas efetuadas fora da rede credenciada.

Porém, é consolidado o entendimento nesta Corte, segundo o qual é de se afastar a incidência da legislação consumerista sobre os serviços prestados pelas operadoras fechadas de planos privados de assistência à saúde sob o sistema de autogestão, sem fins lucrativos.

A propósito, confirmam-se os precedentes:

RECURSO ESPECIAL. ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE. PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. FORMA PECULIAR DE CONSTITUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. PRODUTO NÃO OFERECIDO AO MERCADO DE CONSUMO. INEXISTÊNCIA DE FINALIDADE LUCRATIVA. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC.

1. A operadora de planos privados de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, é pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que, vinculada ou não à entidade pública ou privada, opera plano de assistência à saúde com exclusividade para um público determinado de beneficiários.

2. A constituição dos planos sob a modalidade de autogestão diferencia, sensivelmente, essas pessoas jurídicas quanto à administração, forma de associação, obtenção e repartição de receitas, diverso dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam ao lucro,

3. Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo.

4. Recurso especial não provido.

(REsp 1.285.483/PB, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Segunda Seção, DJe 16/8/2016 – sem destaque no original)

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PLANO DE SAÚDE. AUTOGESTÃO. GEAP. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. CONTRADIÇÃO E OMISSÃO. INEXISTENTES. INCOMPETÊNCIA ABSOLUTA. AFASTADA. INTERESSE DA UNIÃO. INOCORRÊNCIA. APLICAÇÃO DO CDC. SÚMULA 608/STJ. REAJUSTE DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. EQUILÍBRIO TÉCNICO-ATUARIAL. CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO. ESTATUTO DA ENTIDADE. ABUSIVIDADE. NÃO CONFIGURADA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS RECURSAIS.

1. Ação civil pública ajuizada em 20/01/16. Recurso especial interposto em 1º/12/17 e concluso ao gabinete em 25/07/18.

2. O propósito recursal consiste em definir: i) a existência dos vícios de contradição e omissão no acórdão recorrido; ii) sobre a incompetência absoluta superveniente da Justiça Estadual para julgamento da lide; iii) se deve ser aplicado o CDC às relações jurídicas envolvendo operadoras de plano de saúde de autogestão; iv) se são abusivos os reajustes do plano de saúde diante da boa-fé contratual.

3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e fundamentado corretamente o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há que se falar em violação do art.

1.022, do CPC.

4. Cingindo-se a controvérsia veiculada na presente ação civil pública, ajuizada pelo sindicato, à legalidade ou ilegalidade do reajuste operado pela Resolução GEAP/CONAD 99/2015, não se vislumbra fundamento para justificar a participação da União no litígio.

5. A Segunda Seção do STJ decidiu que não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo. Súmula 608/STJ.

6. Apenas os planos individuais/familiares estão sujeitos à autorização de reajuste pela ANS, conforme procedimento disciplinado pelos arts. 2º ao 11 da RN ANS 171/08, inclusive com previsão do índice de reajuste máximo autorizado pela Diretoria Colegiada da ANS. 7. Em relação aos planos coletivos, todavia, a ANS exige apenas o comunicado de reajuste realizado com as pessoas jurídicas, sem estabelecer maiores intervenções nas tratativas estabelecidas entre operadora e pessoa jurídica contratante.

8. A regulação das entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar ocorre por outras vias, como por exemplo, as exigências disciplinadas pela RN 137/06 da ANS, de cujo teor se destaca que a "entidade de autogestão deverá submeter, anualmente, suas demonstrações financeiras à auditoria independente, divulgá-las aos seus beneficiários e encaminhá-las a ANS" (art. 6º).

9. No particular, as instâncias ordinárias registraram que os reajustes dos planos de saúde foram adotados em razão do déficit orçamentário que a Fundação enfrenta desde o ano de 2012, os quais foram suficientemente demonstrados nos autos, bem como as tentativas de recuperação financeira implementadas desde a intervenção por parte da ANS e da PREVIC. Não há, portanto, abusividade a ser declarada nesta hipótese.

10. Recurso especial conhecido e não provido, sem majoração de honorários advocatícios recursais, considerando ser sucumbente o autor de ação civil pública.

(REsp 1.770.119/SC, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, DJe 6/12/2018 – sem destaque no original)

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INAPLICABILIDADE DO CDC AOS PLANOS DE SAÚDE SOB A MODALIDADE DE AUTOGESTÃO. AUSÊNCIA DE RELAÇÃO DE CONSUMO. PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO. APLICABILIDADE. SÚMULA 608/STJ. AGRAVO IMPROVIDO.

1. Segundo a jurisprudência deste Superior Tribunal de Justiça "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão" (Súmula n. 608 desta Corte).

2. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt nos EDcl no AREsp 1.310.685/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Terceira Turma, DJe 16/11/2018 – sem destaque no original)

Desse modo, não merece reparo a decisão agravada, no ponto.

1) Do custeio das despesas médico-hospitalares

Insurge-se a recorrente sustentando que a excepcionalidade do caso discutido nos autos, em que o atendimento em rede não credenciada ocorreu em razão da urgência na realização do tratamento, permite o afastamento da cláusula limitativa de reembolso, pugnando pela restituição integral dos valores gastos, além de reparação extrapatrimonial.

O Tribunal de Justiça de Pernambuco entendeu pelo pagamento integral da reparação integral pretendida, conforme se extrai do trecho a seguir:

[...] De fato, o contrato acostado às fls 364/390 possui cláusula que prevê o reembolso das despesas suportadas na contratação de profissional particular, limitado aos valores constantes na tabela geral de auxílio do plano.

Ocorre que o referido contrato não traz informações claras e precisas a respeito da forma de reembolso nem de como o cálculo deverá ser feito, apenas se limita através da cláusula 32, inserida no capítulo VIII a mencionar que as despesas serão reembolsadas no limite do valor da tabela geral de auxílio para cada serviço, limitado ao valor recebido ou nota fiscal. Entretanto, não houve reprodução da referida tabela, o que fere o princípio da informação.

Ademais, é cediço que a presente relação de consumo se estabelece por meio de um contrato de adesão, em que todas as cláusulas são impostas unilateralmente pelo fornecedor de serviço, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo. Por considerar o consumidor parte vulnerável da relação estabelecida, a esta lei confere proteção contra disposições abusivas, as quais, inseridas na avença por ato volitivo do fornecedor, ferem o equilíbrio contratual e se revelam incompatíveis com a boa-fé, mostrando-se em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor (artigos 51, incisos IV e XV do CDC) Neste sentido, nego provimento ao recurso a fim de que a parte apelada seja reembolsada no valor despendido conforme notas acostadas nos autos e referentes ao tratamento, exceto no tocante as despesas relativas a viagem para Curitiba/PR. (e-STJ, fl. 635).

Nesse passo, o TJPE afirmou que a CASSI deve ser responsabilizada pelos valores despendidos por SÔNIA com o tratamento médico em sua integralidade, desalinhando-se do entendimento firmado nesta Casa, qual seja, de que, nos termos do art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98, **nos casos excepcionais, como inexistência de estabelecimento credenciado no local, situação de urgência ou emergência, ou mesmo impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora, é admitido o reembolso de despesas efetuadas com profissional de saúde não**

credenciado, limitado, no mínimo, aos preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.

Veja-se, a propósito, o precedente mencionado no Informativo nº 580, período 2 a 13 de abril de 2016:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DESTINADA À OBTENÇÃO DE REEMBOLSO PELAS DESPESAS MÉDICAS EXPENDIDAS EM HOSPITAL E EQUIPE MÉDICA NÃO CREDENCIADOS/CONVENIADOS, EM VIRTUDE DE ACIDENTE AÉREO. 1. TRATAMENTO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA. DEVER LEGAL DE REEMBOLSO, LIMITADO, NO MÍNIMO, AOS PREÇOS DO PRODUTO CONTRATADO À ÉPOCA DO EVENTO. DEVER LEGAL. INTELIGÊNCIA DO ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/98. HOSPITAL DE ALTO CUSTO. IRRELEVÂNCIA. PROSSEGUIMENTO DO TRATAMENTO MÉDICO, APÓS ALTA HOSPITALAR E CESSAÇÃO DA SITUAÇÃO EMERGENCIAL, NO HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. COBERTURA. EXCLUSÃO. 2. PRETENSÃO DE ANULAR A DECLARAÇÃO DE QUITAÇÃO, ASSINADA PELO RECORRENTE, ENTÃO CURATELADO. IRRELEVÂNCIA DA QUESTÃO. RECONHECIMENTO. CURATELA REQUERIDA POR ENFERMO, NOS TERMOS DO ART. 1.780 DO CÓDIGO CIVIL, QUE NÃO PRESSUPÕE, NECESSARIAMENTE, A PERDA DE DISCERNIMENTO DO CURATELADO E, POR CONSEQUENTE, A COMPLETA INCAPACIDADE PARA OS ATOS CIVIS. RECURSO IMPROVIDO.

1. O contrato de plano de assistência à saúde, por definição, tem por objeto propiciar, mediante o pagamento de um preço, a cobertura de custos de tratamento médico e atendimentos médico, hospitalar e laboratorial perante profissionais e rede de hospitais e laboratórios próprios ou credenciados. A estipulação contratual que vincula a cobertura contratada aos médicos e hospitais de sua rede ou conveniados é inerente a esta espécie contratual e, como tal, não encerra, em si, qualquer abusividade. Aliás, o sinalagma deste contrato está justamente no rol — de diferentes níveis de qualificação — de profissionais, hospitais e laboratórios próprios ou credenciados postos à disposição do consumidor, devidamente especificados no contrato, o qual será determinante para definir o valor da contraprestação a ser assumida pelo aderente. Por consectário, quanto maior a quantidade de profissionais e hospitais renomados, maior será a prestação periódica expendida pelo consumidor, decorrência lógica, ressalta-se, dos contratos bilaterais sinalagmáticos.

1.1 Excepcionalmente, nos casos de urgência e emergência, em que não se afigurar possível a utilização dos serviços médicos, próprios, credenciados ou conveniados, a empresa de plano de saúde, mediante reembolso, responsabiliza-se pelos custos e despesas médicas expendidos pelo contratante em tais condições, limitada, no mínimo, aos preços de serviços médicos

e hospitalares praticados pelo respectivo produto.

1.2 Afigura-se absolutamente eivada de nulidade a disposição contratual que excepciona o dever de reembolsar, mesmo nos casos de urgência ou de emergência, as despesas médicas efetuadas em hospital de tabela própria (compreendido como de alto custo). A lei de regência não restringe o reembolso nessas condições (de urgência ou emergência), levando-se em conta o padrão do hospital em que o atendimento/tratamento fora efetuado, até porque, como visto, a responsabilidade é limitada, em princípio, justamente aos preços praticados pelo produto contratado.

1.3 Na espécie, em que pese a nulidade da estipulação contratual acima destacada, a recorrida, em estrita observância à lei de regência — e não por mera liberalidade como chegou a argumentar e as instâncias precedentes, de certo modo, a reconhecer — procedeu ao reembolso, no limite dos preços do respectivo produto, à época do evento, como seria de rigor.

1.4 O tratamento médico percebido pelos demandantes no Hospital de alto custo, com renomada e especializada equipe médica, após a alta hospitalar — e, portanto, quando não mais presente a situação de emergência ou de urgência do atendimento/tratamento —, ainda que indiscutivelmente importante e necessário a sua recuperação, não se encontrava, nos termos legitimamente ajustados, coberto pelo plano de assistência à saúde em comento. Improcede, por conseguinte, a pretensão de ressarcimento da totalidade das despesas expendidas.

2. Verifica-se a própria ausência de proveito prático do provimento ora perseguido (qual seja, o de anular a própria declaração de quitação), pois as instâncias precedentes, ao julgarem improcedente o pedido vertido na inicial, em momento algum, adotaram como razão de decidir o fundamento de que a quitação, concebida como transação extrajudicial, obstaría, supostamente, a propositura da presente ação destinada a obter o integral ressarcimento, caso em que se justificaria o interesse dos recorrentes em discutir a questão. Diversamente, a improcedência, como visto, encontrou-se calcada, exclusivamente, no reconhecimento de que a recorrida não tem obrigação legal e contratual de reembolsar as despesas médicas remanescentes, entendimento que ora se ratifica, in totum. Constata-se, pois, a própria ausência de interesse dos recorrentes de discutir a validade da declaração de quitação, não se olvidando, inclusive, que, seus termos os beneficiaram, indiscutivelmente.

3. Nos termos do art. 1.780 do Código Civil, possível ao enfermo ou portador de deficiência física requerer a sua interdição, para que lhe seja nomeado um curador, a fim de cuidar de todos ou alguns de seus negócios ou bens. Esta peculiar espécie de curatela, que, segundo doutrina autorizada, aproxima-se do instituto do mandato, não pressupõe a perda de discernimento do curatelado e, por conseguinte, a completa incapacidade para os atos civis.

4. Recurso especial improvido.

(REsp 1.286.133/MG, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE,

Terceira Turma, julgado em 5/4/2016, DJe 11/4/2016 – sem destaque no original).

Nesse sentido, confirmam-se os seguintes julgados:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA. REDE NÃO CREDENCIADA. POSSIBILIDADE. DESPESAS. REEMBOLSO. POSSIBILIDADE. LIMITAÇÃO. CONTRATO. NÃO PROVIMENTO.

1. Em que pese ser devido o atendimento de urgência ou emergência em entidade não credenciada pelo plano de saúde, é lícita a cláusula que limita o reembolso à tabela da prestadora de assistência à saúde, nos termos do artigo 12, VI, da Lei 9.656/98.

2. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 929.402/GO, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Quarta Turma, j. 27/4/2017, DJe 4/5/2017 – sem destaque no original)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. REEMBOLSO. ESTADO DE SAÚDE GRAVE. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL CONFIGURADA. INVIÁVEL MODIFICAR AS CONCLUSÕES DO ACÓRDÃO RECORRIDO. SÚMULA 7/STJ. REEMBOLSO LIMITADO, NO MÍNIMO, AOS PREÇOS DO PRODUTO CONTRATADO À ÉPOCA DO EVENTO. DEVER LEGAL. INTELIGÊNCIA DO ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. Excepcionalmente, nos casos de urgência e emergência, em que não se afigurar possível a utilização dos serviços médicos, próprios, credenciados ou conveniados, a empresa de plano de saúde, mediante reembolso, responsabiliza-se pelos custos e despesas médicas expendidos pelo contratante em tais condições.

2. Tribunal estadual que, com base nas circunstâncias fáticas dos autos, considerou configurada a situação de excepcionalidade para reembolso das despesas efetuadas em hospital de rede não credenciada ao plano de saúde. A revisão de tal entendimento não está ao alcance desta Corte, por demandar o reexame do conjunto fático-probatório dos autos, providência vedada nesta instância especial, nos termos da Súmula 7/STJ.

3. Nos casos em que não se afigurar possível a utilização dos serviços credenciados, como é o caso das situações emergenciais, a Lei n. 9.656/1998, em seu art. 12, VI, limita o reembolso aos preços e tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde.

4. Agravo interno a que se nega provimento.

Superior Tribunal de Justiça

(AgInt no AREsp 986.571/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Terceira Turma, j. 9/3/2017, DJe 16/3/2017 – sem destaque no original)

Desse modo, por ter decidido em desconformidade com a jurisprudência aqui dominante, a decisão, no ponto, foi reformada e, nesse ponto, merece ser mantida, ante a falta de motivação desconstitutiva.

Nesse contexto, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido pelos seus próprios fundamentos.

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



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**AgInt no REsp 1.812.354 / PE
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2017/0301635-5

Número de Origem:

417070100 04170701 00098001620148170001

Sessão Virtual de 11/02/2020 a 17/02/2020

Relator do AgInt

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL

ADVOGADOS : ALEXANDRE SOARES BARTILOTTI E OUTRO(S) - PE016380

ISABELA GUEDES FERREIRA LIMA - PE017559

FRANÇOIS MITTERRAND CABRAL DA SILVA - PE028275

RECORRIDO : SONIA MARIA DE SA MARINHO

RECORRIDO : JOAO MARINHO NETO

ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA - PE026304

JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA - PE028318

ARTUR CASTRO DE SOUZA - PE029346

LUCIANA DE VASCONCELOS VELOSO DA SILVEIRA - PE038697

ASSUNTO : DIREITO DO CONSUMIDOR - CONTRATOS DE CONSUMO - PLANOS DE SAÚDE

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : SONIA MARIA DE SA MARINHO

AGRAVANTE : JOAO MARINHO NETO

ADVOGADOS : KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA - PE026304

JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA - PE028318

ARTUR CASTRO DE SOUZA - PE029346

LUCIANA DE VASCONCELOS VELOSO DA SILVEIRA - PE038697

AGRAVADO : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL

ADVOGADOS : ALEXANDRE SOARES BARTILOTTI E OUTRO(S) - PE016380

ISABELA GUEDES FERREIRA LIMA - PE017559

TERMO

A Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Brasília, 17 de fevereiro de 2020