

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1760667 - DF (2018/0210664-3)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
AGRAVANTE : AGOSTINHO SOARES CORREA
REPR. POR : FLAVIA OLIVEIRA CORREA
ADVOGADO : WILLER TOMAZ DE SOUZA - DF032023
AGRAVADO : QUALLITY PRO SAUDE ASSISTENCIA MEDICA
AMBULATORIAL LTDA
ADVOGADO : JOSÉ ANTÔNIO FISCHER DIAS E OUTRO(S) - DF012917

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE AMBULATORIAL. EMERGÊNCIA. CONCLUSÃO DO ACÓRDÃO PELA AUSÊNCIA DE CARÁTER ABUSIVO DA CLÁUSULA DE LIMITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM UTI POR SE TRATAR DE MODALIDADE AMBULATORIAL. PRECEDENTE DA TERCEIRA TURMA. OBSERVÂNCIA DA ABRANGÊNCIA DA SEGMENTAÇÃO EFETIVAMENTE CONTRATADA NO PLANO DE SAÚDE. INAPLICABILIDADE DA SÚMULA 302/STJ. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. O Tribunal de origem, ao analisar as cláusulas contratuais pactuadas e legislação pertinente à hipótese, ressaltou que a garantia de cobertura de urgência e emergência do plano de saúde na modalidade ambulatorial é limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, afastando o caráter abusivo da referida cláusula. Nesse contexto, não é possível rever o entendimento propugnado sem proceder à interpretação de cláusulas contratuais e ao necessário reexame do conjunto fático-probatório dos autos, o que é vedado em recurso especial, nos termos das Súmulas n. 5 e 7 do STJ.

2. A Terceira Turma, por ocasião do julgamento do REsp. n. 1.764.859/RS, assentou que a cobertura obrigatória dos procedimentos de urgência e de emergência em todos os planos de assistência à saúde há de observar, necessariamente, a abrangência da segmentação efetivamente contratada.

3. O disposto no art. 12, II, a, da Lei n. 9.656/1998, que veda a limitação de tempo para a internação hospitalar, e o teor do enunciado n. 302 da Súmula do STJ, que dispõe ser *abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado*, referem-se, expressamente, à segmentação hospitalar, e não à ambulatorial.

4. Agravo interno improvido.

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 recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Brasília, 18 de Março de 2019 (Data do Julgamento)

Superior Tribunal de Justiça

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator



AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.760.667 - DF (2018/0210664-3)

RELATÓRIO

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE:

Trata-se de agravo interno interposto por Agostinho Soares Correa contra decisão desta relatoria proferida nos termos da seguinte ementa (e-STJ, fl. 387):

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE AMBULATORIAL. EMERGÊNCIA. CONCLUSÃO DO ACÓRDÃO PELA AUSÊNCIA DE CARÁTER ABUSIVO DA CLÁUSULA DE LIMITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM UTI POR SE TRATAR DE MODALIDADE AMBULATORIAL. MULTA POR OPOSIÇÃO DE EMBARGOS DE DECLARAÇÃO CONSIDERADOS PROTETÓRIOS MANTIDA. SÚMULA N. 7 DO STJ. RECURSO ESPECIAL IMPROVIDO.

Em suas razões (e-STJ, fls. 398-412), o agravante sustenta a necessidade de reforma da decisão monocrática sob pena de ofensa ao regramento federal que rege a matéria discutida nos autos.

Aduz que não há necessidade de revolver o conteúdo fático-probatório ou o contrato firmado para analisar o caráter abusivo da cláusula que estabelece a limitação de atendimento de emergência em 12 (doze) horas, afirmando que a questão discutida nos autos é de cunho jurídico. Argumenta que o fundamento legal para a manutenção da referida limitação - baseada na Resolução Normativa n. 387/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e Resolução n. 13/1998 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) - não pode superar o comando da Lei n. 9656/1998, levando-se em conta o princípio da hierarquia das normas e a restrição de acesso do paciente ao atendimento emergencial.

Aponta a aplicação da Súmula n. 302 do STJ, a qual preceitua ser "abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado".

Não foi apresentada impugnação ao recurso (e-STJ, fl. 415).

É o relatório.

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.760.667 - DF (2018/0210664-3)

RELATOR : MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE
AGRAVANTE : AGOSTINHO SOARES CORREA
REPR. POR : FLAVIA OLIVEIRA CORREA
ADVOGADO : WILLER TOMAZ DE SOUZA - DF032023
AGRAVADO : QUALLITY PRO SAUDE ASSISTENCIA MEDICA
AMBULATORIAL LTDA
ADVOGADO : JOSÉ ANTÔNIO FISCHER DIAS E OUTRO(S) - DF012917

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE AMBULATORIAL. EMERGÊNCIA. CONCLUSÃO DO ACÓRDÃO PELA AUSÊNCIA DE CARÁTER ABUSIVO DA CLÁUSULA DE LIMITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM UTI POR SE TRATAR DE MODALIDADE AMBULATORIAL. PRECEDENTE DA TERCEIRA TURMA. OBSERVÂNCIA DA ABRANGÊNCIA DA SEGMENTAÇÃO EFETIVAMENTE CONTRATADA NO PLANO DE SAÚDE. INAPLICABILIDADE DA SÚMULA 302/STJ. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. O Tribunal de origem, ao analisar as cláusulas contratuais pactuadas e legislação pertinente à hipótese, ressaltou que a garantia de cobertura de urgência e emergência do plano de saúde na modalidade ambulatorial é limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, afastando o caráter abusivo da referida cláusula. Nesse contexto, não é possível rever o entendimento propugnado sem proceder à interpretação de cláusulas contratuais e ao necessário reexame do conjunto fático-probatório dos autos, o que é vedado em recurso especial, nos termos das Súmulas n. 5 e 7 do STJ.

2. A Terceira Turma, por ocasião do julgamento do REsp. n. 1.764.859/RS, assentou que a cobertura obrigatória dos procedimentos de urgência e de emergência em todos os planos de assistência à saúde há de observar, necessariamente, a abrangência da segmentação efetivamente contratada.

3. O disposto no art. 12, II, a, da Lei n. 9.656/1998, que veda a limitação de tempo para a internação hospitalar, e o teor do enunciado n. 302 da Súmula do STJ, que dispõe ser *abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado*, referem-se, expressamente, à segmentação hospitalar, e não à ambulatorial.

4. Agravo interno improvido.

VOTO

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE (RELATOR):

O inconformismo não merece prosperar, pois os argumentos trazidos pelo agravante não são capazes de modificar a conclusão da decisão combatida, a qual deve ser mantida por seus próprios fundamentos.

Conforme elucidado no pronunciamento monocrático, o Tribunal de Justiça concluiu pela existência de respaldo legal e contratual para a negativa de cobertura de internação do segurado, ora recorrente, à luz dos seguintes fundamentos

(e-STJ, fls. 310-320):

As partes celebraram contrato de Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão na Segmentação Ambulatorial que, por sua própria natureza, não contempla cobertura de internações.

É de se salientar que o contrato é claro e objetivo quanto à natureza e às coberturas do plano ambulatorial contratado, como pode se ver da seguinte disposição (fl. 19):

1. Tenho conhecimento de que o presente instrumento (a "Proposta Contratual") refere-se ao Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão ("benefício"), contratado junto a empresa Quallity Pró Saúde ("operadora") **conforme produto que optei ("Plano Ambulatorial")** e disponibilizado pela administradora de benefício ("administradora") aos associados à pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial ("entidade"), ciente ainda, das condições gerais, prazos de carências e procedimentos não cobertos pelo plano.

PLANO AMBULATORIAL: É O ATENDIMENTO QUE SE LIMITA AOS SERVIÇOS REALIZADOS EM CONSULTÓRIOS OU AMBULATÓRIOS, NÃO INCLUINDO INTERNAÇÃO HOSPITALAR OU PROCEDIMENTOS PARA FINS DE DIAGNÓSTICO E/OU TERAPIA QUE REQUEIRAM INTERNAÇÃO. ESTÃO INCLUÍDOS NESTE MÓDULO OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA QUE DEMANDEM OBSERVAÇÕES ATÉ O LIMITE DE 12 H, PERÍODO APÓS O QUAL, O TRATAMENTO SERÁ ENTENDIDO COMO INTERNAÇÃO.

A cláusula contratual que afasta a cobertura de internações, mesmo em casos de atendimento de urgência ou de emergência, não desponta, prima facie, como abusiva ou nula de pleno direito nos planos ambulatoriais.

Interessa salientar que a comercialização e a contratação de plano ambulatorial encontra respaldo no artigo 12, caput e inciso I, da Lei 9.656/1998, *verbis*:

[...]

Quanto aos atendimentos de urgência e de emergência, estabelecem os artigos 1º e 2º da Resolução 13/1998, do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, em absoluta simetria com a mencionada Resolução 387/2015 e com amparo no artigo 35-C, parágrafo único, da Lei 9.656/1998:

Art. 1º A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35D, da Lei nº 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis"

para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adscrito.

Art. 2º O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência

Parágrafo único. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

[...]

$$[\dots]$$
$$[\dots]$$

Tal como ressaltado, o acórdão, ao analisar as cláusulas contratuais pactuadas e legislação pertinente à hipótese, ressaltou que a garantia de cobertura de urgência e emergência do plano de saúde na modalidade ambulatorial é limitada até as

primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Na oportunidade, consignou-se, ainda, não ser possível ratificar o entendimento pela natureza abusiva da cláusula contratual que estabelece as exclusões próprias do plano ambulatorial contratado pelo próprio segurado.

Nesse contexto, permanece a compreensão perfilhada segundo a qual não é possível rever o entendimento da Corte de origem em relação à ausência do caráter abusivo da cláusula contratual que limita a internação hospitalar ao atendimento de emergência que excedeu o prazo de 12 (doze) horas, uma vez que demandaria a interpretação de cláusulas contratuais e o necessário reexame do conjunto fático-probatório dos autos, o que é vedado em recurso especial, nos termos das Súmulas n. 5 e 7 do STJ.

Ademais, vale salientar que esta Terceira Turma, por ocasião do julgamento do REsp. n. 1.764.859/RS, assentou que a cobertura obrigatória dos procedimentos de urgência e de emergência em todos os planos de assistência à saúde há de observar, necessariamente, a abrangência da segmentação efetivamente contratada.

Confira-se, a propósito, a ementa do referido julgado:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. ESTABELECIMENTO DE COBERTURA, PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA, NO SEGMENTO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, LIMITADA A 12 (DOZE) HORAS. CONVERGÊNCIA COM O TRATAMENTO LEGAL E REGULAMENTAR. RECONHECIMENTO. A COBERTURA OBRIGATÓRIA DOS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA EM TODOS OS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE HÁ DE OBSERVAR, NECESSARIAMENTE, A ABRANGÊNCIA DA SEGMENTAÇÃO EFETIVAMENTE CONTRATADA. INAPLICABILIDADE DO ENUNCIADO N. 302 DA SÚMULA DO STJ. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

1. A controvérsia posta no presente recurso especial centra-se em saber se é lícita ou não a cláusula inserta em contrato de plano de saúde individual que estabelece, para o tratamento emergencial ou de urgência, no segmento atendimento ambulatorial, o limite de 12 (doze) horas.
2. Todo plano de assistência à saúde em detida observância às características de sua específica segmentação contemplada no art. 12 da Lei n. 9.656/1998, cuja cobertura há de observar, no mínimo, a extensão dos serviços médicos constantes no plano referência, previsto no art. 10 do mesmo diploma legal deverá prover a cobertura dos procedimentos de urgência e de emergência. 2.1 O art. 10 da Lei n. 9.656/1998 estabelece o denominado plano e seguro-saúde referência, que

especifica a extensão mínima de cobertura que deverão conter o atendimento ambulatorial, a internação hospitalar, o atendimento obstétrico e o atendimento odontológico para todas as doenças catalogadas na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde, pela Organização Mundial de Saúde (em relação às últimas segmentações, todas as doenças relacionadas às áreas de obstetrícia e odontologia). 2.2 Não há obrigatoriedade de o plano de assistência à saúde abarcar todas as referidas segmentações, devidamente destacadas no art. 12 da lei de regência (atendimento ambulatorial, a internação hospitalar, o atendimento obstétrico e o atendimento odontológico), sendo absolutamente possível ao segurado contratar conjunta ou separadamente cada uma das segmentações, o que, naturalmente, deve refletir em sua contraprestação, como decorrência lógica dos contratos bilaterais sinalagmáticos. O que é compulsório, como visto, é que a segmentação de cobertura eleita pelas partes ofereça, no mínimo, necessariamente, a extensão dos serviços médicos estabelecidos no plano de referência para aquela segmentação. 3. Em regulamentação específica do art. 35-C da Lei n. 9.656/1998 e, em consonância com a Resolução CONSU n. 13, que disciplinou a cobertura do atendimento (obrigatório) nos casos de urgência e de emergência, sobreveio a Resolução n. 387, posteriormente revogada pela Resolução n. 428, da Agência Nacional de Saúde. Essas resoluções, é certo, ratificaram, in totum, a obrigação de cobertura das operadoras de plano de saúde às situações de emergência e de urgência, que, no segmento de atendimento ambulatorial, é limitada a 12 (doze) horas.

Caso ultrapassado esse espaço de tempo e haja a necessidade de internação hospitalar (atendimento não coberto pelo plano ambulatorial), cessa a responsabilidade da operadora, porém ela deverá zelar para que o paciente seja conduzido para unidade hospitalar (da rede pública ou privada, indicada pelo paciente ou familiar) no qual seja possível o prosseguimento do atendimento hospitalar, se, no local, não houver condições para tanto. 4. A partir do tratamento legal e regulamentar da cobertura obrigatória dos procedimentos de urgência e de emergência, afeta a todos os planos de assistência à saúde, observada a segmentação de atendimento, pode-se concluir, sem nenhuma margem de dúvidas, que o contrato celebrado entre as partes, o qual abrange, conjuntamente, as segmentações de atendimento ambulatorial e hospitalar, observa detidamente as correlatas diretrizes legais. 5. No específico caso dos autos, exclusivamente em razão da contratação conjunta dos segmentos de atendimento ambulatorial e hospitalar, o segurado/recorrido, em situação de urgência ou de emergência, ainda que superado o espaço de tempo de 12 (doze) horas de seu atendimento ambulatorial, permanecerá assistido pelo plano de saúde, que prevê o atendimento hospitalar, caso haja necessidade de internação hospitalar, sem nenhuma limitação de tempo. 5.1 Como se constata, não bastasse a absoluta convergência da contratação com as disposições legais e regulamentares pertinentes, é de se reconhecer que a perseguida declaração de abusividade da cláusula em comento em nada aproveitaria ao demandante, já que possui, também para os casos de urgência e de emergência, por meio de contratação específica, cobertura de internação hospitalar, enquanto perdurar a necessidade do atendimento. 6. De todo modo, afigura-se absolutamente descabido inserir na segmentação

ambulatorial, que pressupõe justamente a não cobertura de internação e atendimento hospitalar, as regras próprias dessa segmentação, em absoluta revelia da lei. 6.1 Compreende-se, pois, que, nos casos de urgência e emergência, após o lapso temporal de 12 (doze) horas, no qual se prestou todos os serviços médicos próprios do segmento ambulatorial, a eventual necessidade de internação hospitalar, por definição legal e regulamentar, refoge daquela segmentação ajustada. A operadora de saúde, a partir de então, não mais se responsabiliza, exceto quanto à obrigação de promover a remoção do paciente para unidade hospitalar (da rede pública ou privada, indicada pelo paciente ou familiar) na qual seja possível o prosseguimento do atendimento hospitalar, se, no local, não houver condições para tanto. 6.2. A cobertura de internação hospitalar pressupõe a correlata contratação, com proporcional contraprestação por parte do segurado.

Se assim é, não há como se exigir coberturas próprias de segmentação de atendimento não ajustada, do que não decorre nenhuma abusividade contratual ou ilicitude, como quer fazer crer a parte demandante.

7. O disposto no art. 12, II, a, da Lei n. 9.656/1998, que veda a limitação de tempo para a internação hospitalar, e o teor do enunciado n. 302 da Súmula do STJ, que dispõe ser abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado, referem-se, expressamente, à segmentação hospitalar, e não à ambulatorial.

8. Recurso especial provido.

(REsp 1.764.859/RS, desta relatoria, Terceira Turma, julgado em 06/11/2018, DJe 08/11/2018)

Infere-se, assim, que não podem ser inseridas na modalidade ambulatorial, a qual pressupõe a não cobertura de internação e atendimento hospitalar, as regras próprias de outra segmentação não contratada, não decorrendo daí, nenhuma abusividade ou ilicitude por parte da operadora de saúde.

Cumprе ressaltar, ainda, que o disposto no art. 12, II, a, da Lei n. 9.656/1998, que veda a limitação de tempo para a internação hospitalar, e o teor do enunciado n. 302 da Súmula do STJ, que dispõe ser *abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado*, referem-se, expressamente, à segmentação hospitalar, e não à ambulatorial.

Diante do exposto, nego provimento ao agravo interno.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**AgInt no REsp 1.760.667 / DF
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2018/0210664-3

Número de Origem:

20160110265026RES 00072679220168070001 72679220168070001 20160110265026

Sessão Virtual de 12/03/2019 a 18/03/2019

Relator do AgInt

Exmo. Sr. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : AGOSTINHO SOARES CORREA

REPR. POR : FLAVIA OLIVEIRA CORREA

ADVOGADO : WILLER TOMAZ DE SOUZA - DF032023

RECORRIDO : QUALLITY PRO SAUDE ASSISTENCIA MEDICA AMBULATORIAL LTDA

ADVOGADO : JOSÉ ANTÔNIO FISCHER DIAS E OUTRO(S) - DF012917

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

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : AGOSTINHO SOARES CORREA

REPR. POR : FLAVIA OLIVEIRA CORREA

ADVOGADO : WILLER TOMAZ DE SOUZA - DF032023

AGRAVADO : QUALLITY PRO SAUDE ASSISTENCIA MEDICA AMBULATORIAL LTDA

ADVOGADO : JOSÉ ANTÔNIO FISCHER DIAS E OUTRO(S) - DF012917

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Brasília, 19 de Março de 2019