

**AgInt nos EDcl no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1403514 - ES
(2018/0308519-7)**

RELATOR : MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO
AGRAVANTE : SEBASTIAO ANDREA VECCI
ADVOGADOS : MICHEL MINASSA JUNIOR - ES005076
RODRIGO MIGUEL VERVLOET E OUTRO(S) -
ES011053
AGRAVADO : UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO
ADVOGADO : MARCELO PAGANI DEVENS E OUTRO(S) - ES008392

EMENTA

PLANO DE SAÚDE AGRAVO INTERNO. ESTABELECIMENTO DE REDE CREDENCIADA. POSSIBILIDADE, POR EXPRESSA PREVISÃO LEGAL NA LEGISLAÇÃO DE ESPECIAL DE REGÊNCIA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO REALIZADO EM NOSOCÔMIO SITUADO NA CAPITAL DE OUTRO ESTADO, EM HOSPITAL DE ALTO CUSTO, UNILATERALMENTE ESCOLHIDOS E IMPOSTOS PELO USUÁRIO. COBERTURA CONTRATUAL. INEXISTÊNCIA. TEMA PACIFICADO NO ÂMBITO DO STJ.

1. Por um lado, o art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998 estabelece que só deve ser realizado pela operadora do plano de saúde o reembolso - nos limites das obrigações contratuais - das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, conforme entendimento recentemente pacificado pela Segunda Seção, por ocasião do recente julgamento dos EAREsp n. 1.459.849/ES, Relator Ministro Marco Aurélio Bellizze. Por outro lado, "como segundo fundamento autônomo, o art. 16, X, da Lei n. 9.656/1998 expressamente permite que o contrato estabeleça a área geográfica de abrangência" (AgInt no AREsp 1629969/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 29/06/2020, DJe 03/08/2020).

2. Com efeito, a "jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é assente de que o reembolso de despesas realizadas pelo beneficiário do plano de saúde com internação em clínica não conveniada apenas é admitido em casos excepcionais - situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da

operadora em razão de recusa injustificada. Incidência da Súmula 83 do STJ" (AgInt no AREsp 867.581/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 26/11/2019, DJe 19/12/2019).

3. O fato de contratos de saúde suplementar se sujeitarem ao Código de Defesa do Consumidor não significa que a cobertura deve extrapolar os limites do contrato. Cumpre ao Poder Judiciário agir com cautela para evitar decisões desastrosas, com a autorização de acesso a medicamentos, produtos e serviços sem base em evidência científica ou por falta de cobertura contratual, porque isso causa abalo indevido na sustentação econômica das operadoras de saúde, e também devido ao fato de que o aumento da sinistralidade norteia o aumento das mensalidades do ano seguinte, penalizando indevidamente os demais participantes dos planos individuais e coletivos de saúde, além de causar uma desestruturação administrativa (DRESCH, Renato Luís. As medidas de otimização da judicialização: o Nat-jus e as Câmaras Técnicas. Revista de Direito da Saúde Suplementar. São Paulo: Quartier Latin. Ed. n. 1, 2017, p. 122-126).

4. Não há cobertura contratual, pois se trata de procedimento cirúrgico eletivo, passível de realização pela rede credenciada, conforme laudo pericial citado na sentença confirmada pelo acórdão recorrido, tendo havido, conforme a própria causa de pedir da ação, opção do Autor por se deslocar para o Município de São Paulo para se submeter à cirurgia eletiva em Hospital notoriamente de altíssimo custo - sem ser, pois, em circunstância em que tivesse sido surpreendido por situação de urgência ou emergência exigidas pela Lei de regência, que justificaria/legitimaria a intervenção estatal promovida na relação contratual pelas instâncias ordinárias, ainda assim para garantir o reembolso nos limites da tabela do plano.

5. Agravo interno não provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr.

Ministro Marco Buzzi.

Brasília, 16 de novembro de 2020 (Data do Julgamento)

Ministro Luis Felipe Salomão
Relator

**AgInt nos EDcl no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.403.514 - ES
(2018/0308519-7)**

RELATOR : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**
AGRAVANTE : SEBASTIAO ANDREA VECCI
ADVOGADOS : MICHEL MINASSA JUNIOR - ES005076
RODRIGO MIGUEL VERVLOET E OUTRO(S) - ES011053
AGRAVADO : UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADO : MARCELO PAGANI DEVENS E OUTRO(S) - ES008392

RELATÓRIO

O SENHOR MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO (Relator):

1. Cuida-se de agravo interno interposto em face da decisão monocrática de fls. 1.216-1.223, que conheceu do AREsp para dar provimento ao recurso especial, ao fundamento de que ""o art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998 estabelece que só deve ser realizado pela operadora do plano de saúde o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto. Precedente."(AgInt no AREsp 1307957/MG, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 11/09/2018, DJe 17/09/2018).

Nas razões recursais, aduz o recorrente que o seu estado clínico poderia ser considerado emergencial, malgrado tenha optado por se deslocar para nosocômio de outro Estado.

Pondera não ser possível o reexame de provas.

É o relatório.

**AgInt nos EDcl no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.403.514 - ES
(2018/0308519-7)**

RELATOR : MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO
AGRAVANTE : SEBASTIAO ANDREA VECCI
ADVOGADOS : MICHEL MINASSA JUNIOR - ES005076
RODRIGO MIGUEL VERVLOET E OUTRO(S) - ES011053
AGRAVADO : UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADO : MARCELO PAGANI DEVENS E OUTRO(S) - ES008392

EMENTA

PLANO DE SAÚDE AGRAVO INTERNO. ESTABELECIMENTO DE REDE CREDENCIADA. POSSIBILIDADE, POR EXPRESSA PREVISÃO LEGAL NA LEGISLAÇÃO DE ESPECIAL DE REGÊNCIA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO REALIZADO EM NOSOCÔMIO SITUADO NA CAPITAL DE OUTRO ESTADO, EM HOSPITAL DE ALTO CUSTO, UNILATERALMENTE ESCOLHIDOS E IMPOSTOS PELO USUÁRIO. COBERTURA CONTRATUAL. INEXISTÊNCIA. TEMA PACIFICADO NO ÂMBITO DO STJ.

1. Por um lado, o art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998 estabelece que só deve ser realizado pela operadora do plano de saúde o reembolso - nos limites das obrigações contratuais - das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, conforme entendimento recentemente pacificado pela Segunda Seção, por ocasião do recente julgamento dos EAREsp n. 1.459.849/ES, Relator Ministro Marco Aurélio Bellizze. Por outro lado, "como segundo fundamento autônomo, o art. 16, X, da Lei n. 9.656/1998 expressamente permite que o contrato estabeleça a área geográfica de abrangência" (AgInt no AREsp 1629969/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 29/06/2020, DJe 03/08/2020).

2. Com efeito, a "jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é assente de que o reembolso de despesas realizadas pelo beneficiário do plano de saúde com internação em clínica não conveniada apenas é admitido em casos excepcionais - situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada. Incidência da Súmula 83 do STJ" (AgInt no AREsp 867.581/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 26/11/2019, DJe 19/12/2019).

3. O fato de contratos de saúde complementar se sujeitarem ao Código de Defesa do Consumidor não significa que a cobertura deve extrapolar os limites do contrato. Cumpre ao Poder Judiciário agir com cautela para evitar decisões desastrosas, com a autorização de acesso a medicamentos, produtos e serviços sem base em evidência científica ou por falta de cobertura contratual, porque isso causa abalo indevido na sustentação econômica das operadoras de saúde, e também devido ao fato de que o aumento da sinistralidade norteia o aumento das

mensalidades do ano seguinte, penalizando indevidamente os demais participantes dos planos individuais e coletivos de saúde, além de causar uma desestruturação administrativa (DRESCH, Renato Luís. As medidas de otimização da judicialização: o Nat-jus e as Câmaras Técnicas. Revista de Direito da Saúde Suplementar. São Paulo: Quartier Latin. Ed. n. 1, 2017, p. 122-126).

4. Não há cobertura contratual, pois se trata de procedimento cirúrgico eletivo, passível de realização pela rede credenciada, conforme laudo pericial citado na sentença confirmada pelo acórdão recorrido, tendo havido, conforme a própria causa de pedir da ação, opção do Autor por se deslocar para o Município de São Paulo para se submeter à cirurgia eletiva em Hospital notoriamente de altíssimo custo - sem ser, pois, em circunstância em que tivesse sido surpreendido por situação de urgência ou emergência exigidas pela Lei de regência, que justificaria/legitimaria a intervenção estatal promovida na relação contratual pelas instâncias ordinárias, ainda assim para garantir o reembolso nos limites da tabela do plano.

5. Agravo interno não provido.

VOTO

O SENHOR MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO (Relator):

2. Não comporta acolhida a irresignação.

No caso, como dito na decisão ora recorrida, na inicial (na própria causa de pedir, prescindindo de reexame de provas), o autor, ora embargante, delimitando o pedido e a causa de pedir dexiou límpido que optou por se deslocar para nosocômio notoramente de alto custo situado em outro Estado, na cidade de São Paulo, in verbis:

Nesse sentido, e considerando ainda o estado emocional do Requerente e sua já avançada idade, sopesando os riscos iminentes que corria na ocasião, a equipe médica que o acompanhava- zelosa, competente procedimento caráter de nosocômio de aparelhado e e responsável além de imediato, urgência/emergência referência no equipado com decidiu que fosse efetivado - repisa-se - o em em país, comprovadamente recursos modernos e elementares para que o procedimento fosse efetuado em segurança com o menor grau de risco possível para tanto, o que aliás foi feito, o que comprovadamente e infelizmente não encontrava neste Estado.

Diante desse quadro, e mediante as orientações médicas técnicas na ocasião, foi o Requerente imediatamente transferido para o Hospital Sírio Libanês em São Paulo, efetuando a necessária ingerência cirúrgica.

[...]

Conforme se noticiou, o Requerente, em respeito à opinião médica TÉCNICA em relação ao seu quadro de saúde - avaliação esta procedida pela Dra Patrícia Abaurre Moulin Machado, Cardiologista e Ecocardiografia, CRWES 4455 - que é profissional médica credenciada pela Requerida (doc.anexo) - foi transferido para o Hospital Sírio Libanês na cidade de São Paulo/SP, efetuando então em tal centro, os procedimentos, inclusive cirúrgicos, que se fizeram necessários.

Entretanto, ao seguradora o reembolso das contrato de seguro de saúde negou, sob o ilícito argumento solicitar despesas, em anexo, de que:

"...a UNIMED VITÓRIA possui prestadores credenciados que realizam os procedimento...

Quadra registrar então, por oportuno e relevante, que o Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares UNIPLANHMÓDUI0 BÁSICO -PESSOA FÍSICA, mantido pelo Requerente com a Requerida, não faz qualquer restrição para que o tratamento fosse efetivado em qualquer hospital do país, mormente em caso de urgência e emergência, como comprovadamente se apresentou.

[...]

- Seja ao final julgado a presente ação totalmente procedente, condenando a Requerida, ao reembolso concernente aos danos materiais causadoS a Requerida no valor /de R\$ 296.148,38(Duzentos e noventa e seis , cento e quarenta e oito reais e trinta e oito centavos) com a incidência de juros legais e

correção monetária na forma da legislação vigente e da sumula nº 05 do Superior tribunal de Justiça;

- Por derradeiro que seja julgada procedente a pretensão do Requerente, para condenar a Requerida ao pagamento de indenização por danos morais a ser arbitrada por este Juízo, levando-se em consideração o caráter punitivo, educacional e compensatório de tal modalidade indenizatória [...].

Com efeito, fica límpido e incontroverso, constante da própria causa de pedir, que houve clara opção do autor pelo seu deslocamento para outro Estado, para se submeter a procedimento cirúrgico em hospital notoriamente de altíssimo custo - **sem ser em circunstância em que tivesse sido surpreendido por situação de urgência ou emergência exigidas pela Lei de regência, que justificaria/legitimaria a intervenção estatal promovida na relação contratual pelas instâncias ordinárias, ainda assim para garantir o reembolso nos limites da tabela do plano.**

Igualmente, **nem mesmo na inicial é afirmado que não havia a possibilidade de ser feito os procedimentos cirúrgicos na área de abrangência territorial do plano de saúde (fatos constitutivos de direito do autor), malgrado as instâncias ordinárias de modo temerário e insólito tenham determinado o reembolso das despesas.**

Pelo contrário, é bem de ver que a sentença, no que não infirmada pelo acórdão recorrido, aponta, inclusive com base em laudo pericial, que o tratamento poderia ter sido realizado em solo capixaba, na rede credenciada ao plano de saúde:

Conforme relatado, cinge-se a quaestio iuris posta nos autos em perquirir se há a obrigação da demandada de efetuar o reembolso dos custos de procedimento cirúrgico realizado por médico não credenciado e em hospital que não está abrangido pelo contrato, e se está configurado o dever de indenizar por danos morais ante a recusa.

De início, vislumbro que o contrato de prestação de serviço de assistência médico -hospitalar entabulado entre as partes, conquanto tenha cobertura para a patologia que acomete o autor, **estabelece peremptoriamente a exclusão de abrangência contratual quanto às despesas decorrentes de serviços médico -hospitais prestados por médicos não cooperados à ré ou por entidades não credenciadas a ela**, autorizando a cobertura, nesses casos, apenas nas hipóteses de urgência e emergência, senão vejamos:

[...]

A propósito, saliento que **as constatações extraídas do laudo pericial, produzido ao longo da instrução do processo, elucidam** bem a presente questão, demonstrando, mediante uma detalhada análise dos documentos médicos carreados, que o autor apresentava, de fato, quadro de cardiopatia grave, **cujo tratamento, por um lado, poderia ter sido realizado em nosocômio e por médicos vinculados à demandada em solo capixaba**, mas que, de outro, exigia, diante do quadro clínico, ser efetivado com urgência e celeridade (fls. 614/741 e 764/765).

O acórdão recorrido, por seu turno, a par de confirmar integralmente o apurado pelo Juízo de primeira instância, dispôs:

A fundamentação contempla uma interpretação harmônica e sistêmica do artigo 12, inciso VI, da Lei 9656/1998, c/c o art. 6º, inciso I, do Código de Defesa do Consumidor, e com o art. 884, do Código Civil, todos numa leitura atenta ao estabelecido na cláusula 12.1.1 do contrato firmado pelas partes (fl. 63), de modo que não há como ilidir o dever da apelante de fazer o reembolso conforme determinado na respeitável sentença. Isso porque restou comprovada situação de urgência/emergência prevista na cláusula-latri-do-contrato.

Denota-se do documento de fl. 78 que o autor já havia tido problemas cardíacos em 2010, tendo inclusive "apresentando alto risco de morte súbita". No ano de 2013

Com efeito, é nítido que a questão é eminentemente jurídica, consistindo em saber se é razoável a interpretação conferida a dispositivos legais para impor a cobertura, *data venia*, claramente desarrazoada - fora da rede credenciada, ademais, justamente a uma cooperativa de trabalho médico - em nosocômio de alto custo, de unilateral escolha do usuário do plano de saúde.

Ora, o "o ponto de partida do CDC é a afirmação do Princípio da Vulnerabilidade do Consumidor, mecanismo que visa a garantir igualdade formal-material aos sujeitos da relação jurídica de consumo, o que não quer dizer compactuar com exageros" (REsp 586.316/MG, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, julgado em 17/04/2007, DJe 19/03/2009).

No presente caso, cumpre salientar que a uníssona doutrina especializada bem 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:

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 ESTABELECIDADA 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.

Não há cobertura contratual, pois se trata de procedimento cirúrgico eletivo, passível de realização pela rede credenciada, conforme laudo pericial que embasa a sentença confirmada pelo acórdão recorrido, tendo havido, conforme a própria causa de pedir, clara opção do autor por se deslocar para o Município de São Paulo para se submeter à cirurgia.

Nesse passo, o art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998 estabelece que só deve ser realizado pela operadora do plano de saúde o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, **em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras,** de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto. Precedente."(AgInt no AREsp 1307957/MG, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 11/09/2018, DJe 17/09/2018). **Cumpra observar, ainda, que esse entendimento restou recentemente pacificado pela Segunda Seção, por ocasião do julgamento dos EAREsp n. 1.459.849/ES, Relator o em. Ministro Marco Aurélio Bellizze.**

Com efeito, a "jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é assente de

que o reembolso de despesas realizadas pelo beneficiário do plano de saúde com internação em clínica não conveniada apenas é admitido em casos excepcionais - situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada. Incidência da Súmula 83 do STJ" (AgInt no AREsp 867.581/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 26/11/2019, DJe 19/12/2019).

Em vista do mencionado dispositivo especial de regência do microssistema da saúde suplementar, como regra basilar de hermenêutica, no confronto entre as regras específicas e as demais do ordenamento jurídico, deve prevalecer a regra excepcional. Conforme a consagrada doutrina de Carlos Maximiliano, jamais poderá o juiz, a pretexto de interpretar, esvair a essência da regra legal ou substituí-la (MAXIMILIANO, Carlos. *Hermenêutica e aplicação do direito*. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2011, p. 69).

Essa é também a doutrina de Claudia Lima Marques ao assentar que, como o CDC não regula contratos específicos, em casos de incompatibilidade há clara prevalência da lei especial nova pelos critérios de especialidade e cronologia (MARQUES, Claudia Lima. *Contratos no código de defesa do consumidor*. 3 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998, p. 247).

Nesse seguimento, como bem observado pelo Ministro Ruy Rosado de Aguiar, no REsp n. 80.036/SP, o Código de Defesa do Consumidor traça regras que presidem a situação específica do consumo e, além disso, define princípios gerais orientadores do direito das obrigações, todavia, "[é] certo que, **no que lhe for específico**, o contrato" continua regido pela lei que lhe é própria (REsp n. 80.036/SP, Rel. Min. Ruy Rosado de Aguiar, QUARTA TURMA, julgado em 12/2/1996, DJ 25/3/1996, p. 8.586).

Por outro lado, como segundo fundamento autônomo, o art. 16, X, da Lei n. 9.656/1998 expressamente permite que o contrato estabeleça a área geográfica de abrangência.

Dessa maneira, penso que, a par de ser solução concebida pelo próprio legislador, também não caberia a aplicação insulada do CDC alheia às normas específicas inerentes à relação contratual, como, aliás, estabelece o art. 35-G da Lei dos Planos e Seguros de Saúde.

É bem de que a solução encontrada pela Corte local que ignora a rede credenciada é temerária, pois: a) a inobservância da rede credenciada causa desestruturação administrativa aos planos de saúde, ou mesmo aumento de custos e reflexamente oferecimento de planos de saúde mais caros ao mercado; b) em vista da liberdade contratual, não é possível impor que o plano de saúde mantenha, por via reflexa, relação com prestadores de serviços não credenciados, eventualmente

até mesmo previamente descredenciados; c) inviabiliza ao plano ou seguro de saúde fazer o mesmo controle acerca da higidez das despesas, em caso de atendimento por prestador de serviços fora da rede credenciada; d) o consumidor não tem a mesma expertise da operadora do plano de saúde para aferir a efetivação dos procedimentos e do uso dos materiais cobrados por prestadores de serviços fora da rede credenciada; e) em vista de ser direito da operadora do plano de saúde submeter procedimentos solicitados a seu médico auditor, traz embaraços para efetivamente conciliar essa atuação com atendimentos eletivos, realizados por médicos ou hospitais não credenciados; f) inviabiliza a formação ou manutenção de cooperativa de médicos tendo por objeto o oferecimento de plano de saúde, ou mesmo que planos de saúde ofereçam hospitais próprios; g) a imposição de ressarcimento de despesas de tratamento eletivo fora da rede credenciada é em muitos casos incompatível com a disposição legal que permite a possibilidade de estabelecimento de área de abrangência geográfica (art. 16, X, da Lei n. 9.656/1998) e com o "plano- referência", inclusive com a teleologia de sua criação pelo legislador.

Nessa linha de inteligência, acerca do art. 10 da Lei dos Planos e Seguros de Saúde, cumpre salientar as causas que levaram o legislador a instituir o plano-referência: a) constitui verdadeiro plano básico, em atenção ao fato de que existe uma gradação das necessidades dos usuários dos planos e seguros privados de assistência à saúde; b) contém todas as variações que o artigo permite, e é destinado ao grande contingente de consumidores de menor poder aquisitivo ou posicionado em faixas nas quais a demanda por serviços médicos e assistenciais seja pequena, como entre a população mais jovem; c) **a existência de planos básicos que se resumem a atendimentos em clínicas e centros médicos ambulatoriais das próprias operadoras ou em enfermarias de hospitais menos sofisticados, às vezes explorados pela própria operadora como o único disponível dessa espécie;** d) o *produto* - sem sua oferta à contratação nenhuma operadora ou administradora poderá obter o registro para funcionar legalmente; e) **a necessidade de um plano mínimo criado pela lei para que ele se tornasse acessível à grande massa de desassistidos pelas políticas públicas de assistência médico-hospitalar, diminuindo o clamor dessas populações e tirando os argumentos dos críticos - "de qualquer modo, não deixa de ser um avanço, considerando que as classes sociais com menores níveis de renda já podem contar com alguma assistência efetiva, embora longe da ideal, mesmo que a custos elevados"** (BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. *Lei dos planos e seguros de saúde*: comentada e anotada artigo por artigo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, p. 55-57).

Nessa toada, anota a doutrina especializada que a viabilização da atividade de assistência à saúde envolve custos elevados, que terão de ser suportados pelos

próprios consumidores, e "[...] **cabe ao Poder Judiciário um papel fundamental, o de promover uma interpretação justa e equilibrada da legislação pertinente à matéria**", sopesando "os interesses envolvidos sem sentimentalismos e ideias preconcebidas", "contando com o apoio técnico de profissionais qualificados". (FERREIRA, Cláudia Galiberne. PEREIRA, Hélio do Valle; ENZWEILER, Romano José (coords). *Curso de direito médico*. São Paulo: Conceito Editorial, 2011, p. 214-215)

Note-se:

PLANO DE SAÚDE ADMINISTRADO POR COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO. AGRAVO INTERNO. ESTABELECIMENTO DE REDE CREDENCIADA E ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA. POSSIBILIDADE, POR EXPRESSA PREVISÃO LEGAL NA LEGISLAÇÃO DE ESPECIAL DE REGÊNCIA. CONTRATO DE ABRANGÊNCIA ESTADUAL. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO REALIZADO EM NOSOCÔMIO SITUADO NA CAPITAL DE OUTRO ESTADO, CONDUZIDO POR MÉDICO QUE NÃO INTEGRA A REDE DE COOPERADOS, UNILATERALMENTE ESCOLHIDOS E IMPOSTOS PELO USUÁRIO. COBERTURA CONTRATUAL. INEXISTÊNCIA.

1. À luz da própria causa de pedir e do pedido formulado na inicial, como também admitido pela sucessão processual no presente recurso, fica límpido e incontroverso que houve opção pelo deslocamento do autor (domiciliado em Araxá), ora falecido, em ambulância para realização de cirurgia cardíaca no Município de São Paulo, em hospital de alto custo, com cirurgião unilateralmente escolhido (tido pelo autor e pelo Juízo de primeira instância como renomado mundialmente) para realização de cirurgia claramente eletiva - sem o caráter de urgência ou emergência exigido pela Lei de regência, que justificaria a intervenção estatal promovida na relação contratual pelas instâncias ordinárias, ainda assim com limitação legal à tabela do plano de saúde.

2. Por um lado, o art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998 estabelece que só deve ser realizado pela operadora do plano de saúde o reembolso - nos limites das obrigações contratuais - das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras. Precedente. (AgInt no AREsp 1307957/MG, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 11/09/2018, DJe 17/09/2018). Por outro lado, como segundo fundamento autônomo, o art. 16, X, da Lei n. 9.656/1998 expressamente permite que o contrato estabeleça a área geográfica de abrangência.

3. Quanto à invocação do diploma consumerista pela parte recorrente e instâncias ordinárias, 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 (REsp 1733013/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 10/12/2019, DJe 20/02/2020). O "ponto de

partida do CDC é a afirmação do Princípio da Vulnerabilidade do Consumidor, mecanismo que visa a garantir igualdade formal-material aos sujeitos da relação jurídica de consumo, o que não quer dizer compactuar com exageros" (REsp 586.316/MG, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, julgado em 17/04/2007, DJe 19/03/2009).

4. O fato de contratos de saúde suplementar se sujeitarem ao Código de Defesa do Consumidor não significa que a cobertura deve extrapolar os limites do contrato. Cumpre ao Poder Judiciário agir com cautela para evitar decisões desastrosas, com a autorização de acesso a medicamentos, produtos e serviços sem base em evidência científica ou por falta de cobertura contratual, porque isso causa abalo indevido na sustentação econômica das operadoras de saúde, e também devido ao fato de que o aumento da sinistralidade norteia o aumento das mensalidades do ano seguinte, penalizando indevidamente os demais participantes dos planos individuais e coletivos de saúde, além de causar uma desestruturação administrativa (DRESCH, Renato Luís. As medidas de otimização da judicialização: o Nat-jus e as Câmaras Técnicas. Revista de Direito da Saúde Suplementar. São Paulo: Quartier Latin. Ed. n. 1, 2017, p. 122-126).

5. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp 1629969/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 29/06/2020, DJe 03/08/2020)

Eventuais soluções à margem da lei de regência da Saúde Suplementar "escapam das previsões pretéritas" e têm o condão de agravar a "situação financeira de inúmeras operadoras de planos de saúde, que, seguida de intervenções, liquidações ou aquisições de carteiras de clientes, fere em última análise a própria confiança e expectativa dos consumidores", lesionando toda uma coletividade (LOUREIRO, Francisco Eduardo; SILVA, Regina Beatriz Tavares da (org.). *Responsabilidade civil: responsabilidade civil na área da saúde*. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 338).

Por um lado, **a boa-fé objetiva** restringe o exercício abusivo de direitos, impondo que as partes colaborem mutuamente para a consecução dos fins comuns perseguidos com **o contrato** - que **não é um mero instrumento formal de registro das intenções** -, e também **encontra a sua vinculação e limitação na função econômica e social do contrato, visando a fazer com que os legítimos interesses da outra parte, relativos à relação econômica nos moldes pretendidos pelos contratantes, sejam salvaguardados** (TEPEDINO, Gustavo. *Obrigações: estudos na perspectiva civil-constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2005, p. 38-39).

Por outro lado, se ocorrem motivos que justifiquem a intervenção judicial em lei permitida, há de realizar-se para a decretação da nulidade ou da resolução do contrato, **nunca para a modificação do seu conteúdo** - o que se justifica, ademais, como decorrência do próprio princípio da autonomia da vontade, uma vez que **a possibilidade de intervenção do juiz na economia do contrato atingiria o poder de obrigar-se,**

ferindo a liberdade de contratar. (GOMES, Orlando. (THEODORO JÚNIOR, Humberto (atual.). *Contratos*. 24 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001, p. 36)

A postura do Poder Judiciário é de elevada importância para a concretização da segurança jurídica, notadamente pela entrega de uma prestação jurisdicional previsível que não atente contra a confiança legítima do jurisdicionado (NUNES, Jorge Amaury Maia. *Segurança jurídica e súmula vinculante*. São Paulo: Saraiva, 2010 [Série IDP], *passim*).

4. diante do exposto, nego provimento ao agravo interno.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

AgInt nos EDcl no AREsp 1.403.514 / ES

Número Registro: 2018/0308519-7

PROCESSO ELETRÔNICO

Número de Origem:

024130369747201801363083 024130369747 24130369747201801363083 24130369747 00402895020138080024
402895020138080024 40289502013 0040289502013

Sessão Virtual de 03/11/2020 a 16/11/2020

Relator do AgInt nos EDcl

Exmo. Sr. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro MARCO BUZZI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO : MARCELO PAGANI DEVENS E OUTRO(S) - ES008392

AGRAVADO : SEBASTIAO ANDREA VECCI

ADVOGADOS : MICHEL MINASSA JUNIOR - ES005076

RODRIGO MIGUEL VERVLOET E OUTRO(S) - ES011053

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

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : SEBASTIAO ANDREA VECCI

ADVOGADOS : MICHEL MINASSA JUNIOR - ES005076

RODRIGO MIGUEL VERVLOET E OUTRO(S) - ES011053

AGRAVADO : UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO : MARCELO PAGANI DEVENS E OUTRO(S) - ES008392

TERMO

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

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Marco Buzzi.

Brasília, 16 de novembro de 2020