



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.509.055 - RJ (2014/0338315-8)

RELATOR : **MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO**
RECORRENTE : AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A
RECORRENTE : DIX ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA
ADVOGADOS : ANTONIO VILAS BOAS TEIXEIRA DE CARVALHO - DF001120
HÉLIO SABOYA RIBEIRO DOS SANTOS FILHO - RJ068819
CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO FILHO E OUTRO(S) - RJ079743
ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
RECORRIDO : MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
AGRAVANTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CAARJ
ADVOGADOS : KARIN BASILIO KHALILI - RJ099501
FELIPE MENDONÇA TERRA E OUTRO(S) - RJ179757
AGRAVADO : MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
INTERES. : GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADO : TÂNIA SIDNEY DE SOUZA MESQUITA E OUTRO(S) - RJ077752
INTERES. : MARITIMA SAUDE COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS
INTERES. : ASSIM GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA
INTERES. : GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA
ADVOGADO : SÉRGIO BERMUDES E OUTRO(S)
INTERES. : FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA
ADVOGADO : NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES

EMENTA

RECURSO ESPECIAL E AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONSUMIDOR. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. SAÚDE SUPLEMENTAR. SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. INDICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID) EM REQUISIÇÕES DE EXAMES E SERVIÇOS DE SAÚDE. CONDICIONAMENTO PARA A COBERTURA DO SERVIÇO. AUSÊNCIA DE ABUSIVIDADE. 1. Controvérsia estabelecida em sede de ação civil pública movida pelo Ministério Público do Rio de Janeiro em torno da exigência de indicação da CID (Classificação Internacional de Doenças) como condição para realização de exames e pagamento de honorários médicos por parte das operadoras de planos de saúde.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

2. A alienação da carteira de plano de saúde da CAARJ para a UNIMED no curso da presente ação consubstancia alienação de direito litigioso, remanescendo a alienante na lide e sendo alcançada a adquirente pelos efeitos da decisão aqui exarada. Inexistência de afronta ao disposto no art. 42 do CPC/73.

3. Inviável alterar a conclusão da Corte de origem acerca do interesse de agir, pois, soberana na análise das provas coligidas, reconheceu não haver "nos autos, qualquer evidência de que os integrantes da carteira alienada não sejam afetados pelas práticas afastadas pela sentença." Atração do enunciado 7/STJ.

4. O controle dos serviços prestados pelas operadoras de planos de assistência à saúde não se esgota na atuação da ANS, em que pese este seja uma de suas precípuas funções.

5. Compete também ao Ministério Público, na defesa de interesses de ordem pública e, notadamente, dos consumidores buscar o aperfeiçoamento da prestação dos serviços de assistência à saúde, se, de alguma forma, estejam as prestadoras do serviço a afrontar o ordenamento jurídico, mediante práticas abusivas.

6. A Lei 9.656/98 estreita sobremaneira a relação entre a prestação dos serviços de saúde pelas operadoras às doenças classificadas no CID, devendo aqueles preverem procedimentos, observadas as normas legais e contratuais limitativas, de acordo com a segmentação do plano celebrado, que se voltem ao tratamento das doenças catalogadas pela OMS.

7. O condicionamento da indicação da CID nas requisições de exames e serviços de saúde ao deferimento da cobertura destes decorre, razoavelmente, do fato de as operadoras de planos de saúde estarem obrigadas a prestar os serviços relacionados no plano-referência celebrado com o respectivo usuário.

8. Inocorrência de abusividade no procedimento, não se tonalizando como iníqua e nem colocando o consumidor em desvantagem exagerada, ou incompatível com a boa-fé ou a equidade, a exigência de indicação da CID pelo profissional que requisita a realização de exames médicos.

9. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO E RECURSO ESPECIAL PROVIDO.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, decide a Egrégia TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, negar provimento ao agravo em recurso especial interposto por Caixa de Assistência dos Advogados do Estado do Rio de Janeiro - CAARJ e dar provimento ao recurso especial interpostos por AMIL Assistência Médica Internacional S.A. e Outro, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze (Presidente), Moura Ribeiro e Nancy Andrigli votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília, 22 de agosto de 2017. (Data de Julgamento)

MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.509.055 - RJ (2014/0338315-8)

RELATOR : MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO
RECORRENTE : AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A
RECORRENTE : DIX ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA
ADVOGADOS : HÉLIO SABOYA RIBEIRO DOS SANTOS FILHO - RJ068819
CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO FILHO E OUTRO(S) - RJ079743
RECORRIDO : MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
AGRAVANTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CAARJ
ADVOGADOS : KARIN BASILIO KHALILI - RJ099501
FELIPE MENDONÇA TERRA E OUTRO(S) - RJ179757
AGRAVADO : MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
INTERES. : GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADO : TÂNIA SIDNEY DE SOUZA MESQUITA E OUTRO(S) - RJ077752
INTERES. : MARITIMA SAUDE COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS
INTERES. : ASSIM GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA
INTERES. : GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA
ADVOGADO : SÉRGIO BERMUDES E OUTRO(S)
INTERES. : FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA
ADVOGADO : NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO

(Relator):

Trata-se de recurso especial interposto por AMIL ASSISTÊNCIA TÉCNICA INTERNACIONAL S/A, com fundamento na alínea "a" do inciso III do art. 105 da CF, e de agravo em recurso especial interposto por CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO RIO DE JANEIRO - CAARJ.

Na origem, o MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL ajuizou ação civil pública contra a AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, a AMIL, a CAARJ e mais 19 planos de saúde, pretendendo, em suma:

1) seja obrigada a ANS a editar normas definitivas, até a data da sentença de primeiro grau nesta ação, que regulamentem o custeio e o



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

reembolso das despesas, o oferecimento da rede credenciada ou referenciada, as restrições contratuais, técnicas ou operacionais para cobertura de procedimentos solicitados pelo prestador escolhido pelo consumidor, a vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais;

2) seja obrigada a ANS a implementar plano de fiscalização e controle da atividade privada de prestação de serviço de saúde, visando à garantia do efetivo cumprimento das normas regulamentadoras que vier a formular;

3) seja obrigada a ANS, a aplicar as sanções legais previstas no artigo 25 da Lei 9656/98, na forma do artigo 27 da mesma lei, às empresas rés e àquelas que, de qualquer forma, também cometerem infrações aos dispositivos da Lei 9656/98 e seus regulamentos, obedecendo sempre, ao final do procedimento próprio, ao princípio constitucional da publicidade;

4) sejam as rés compelidas a se absterem, permanentemente, de exigir o preenchimento da CID como condição para realização de exames e pagamento de honorários médicos;

5) sejam as rés obrigadas, definitivamente, a autorizar a realização de exame ou outros procedimentos médicos afins solicitados por profissionais não credenciados, sendo obrigadas a abolir a restrição a médicos especializados e credenciados;

6) sejam as rés obrigadas a, permanentemente, autorizar nova consulta ao mesmo profissional, independentemente de delimitação de prazo e procedimento prévio para justificativa, facultado qualquer meio de fiscalização que não afete o consumidor, como auditorias periódicas;

7) sejam as rés compelidas a, permanentemente, notificar previamente, com prazo mínimo de trinta dias, os clientes sobre o descredenciamento de médicos e exclusão de estabelecimentos ou qualquer outra medida que implique redução da rede credenciada ou referenciada;

8) sejam as rés compelidas a realizar permanente recomposição imediata da rede credenciada em caso de descredenciamento e exclusão, no prazo máximo de sessenta dias contados do evento;

9) sejam as rés obrigadas a ressarcir, na forma do artigo 12, VI da Lei 9656/98, os usuários das despesas realizadas com serviço médico não credenciado;

10) sejam as rés compelidas a, permanentemente, absterem-se da utilização do sistema "managed care", ou qualquer prática a ele assemelhada, garantindo o direito de livre escolha do consumidor aos profissionais,

11) sejam as rés obrigadas a tomar por termo a opção de todos os seus usuários sobre interesse na adaptação dos contratos celebrados anteriormente à Lei 9656/98 aos consumidores, proporcionando a



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

manifestação formal de todos os clientes contratantes sobre os benefícios a que têm direito, conforme requerido na liminar supra, apresentando-os à fiscalização da primeira Ré, tudo no prazo de até ser proferida a sentença de primeiro grau nesta demanda;

12) seja determinado às rés que se abstenham, permanentemente, de exigir novo prazo de carência para obtenção dos benefícios conferidos aos consumidores pela Lei 9656/98;

13) sejam as rés obrigadas a prestar, permanentemente, cobertura total aos eventos relacionados a lesões e doenças preexistentes aos clientes cujos contratos estejam vigendo há mais de dois anos;

14) sejam as rés obrigadas a prestar cobertura parcial temporária aos eventos relacionados a lesões e doenças preexistentes aos clientes, no prazo de dois anos de vigência dos contratos;

15) sejam, portanto, confirmadas as medidas liminares, acaso concedidas, na decisão final;

16) sejam fixadas multas diárias de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) em caso de constatação, pelas autoridades, de descumprimento das decisões definitivas proferidas por esse r. juízo.

Na sentença, registrou-se o parcial indeferimento da petição inicial em relação aos pedidos constantes dos números 7, 8, 9 e 10 e, ainda, o reconhecimento da ilegitimidade passiva da UNIMED e da AAFBB. Extinguiu-se o feito sem apreciação do mérito em relação à AMIL no que toca à primeira parte do pedido no item 11 da inicial; extinguiu-se o feito sem apreciação de mérito em relação aos números 3 e 11; julgaram-se procedentes os pedidos formulados nos números 1, 4, 5 e 6 e improcedentes os demais itens (2, 12, 13 e 14).

Interpostos seis recursos de apelação, o Egrégio Tribunal Regional Federal da 2ª Região negou-lhes provimento em acórdão assim ementado:

AÇÃO CIVIL PÚBLICA. APELAÇÃO CÍVEL. PLANOS DE SAÚDE. FISCALIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO. CID. EXIGÊNCIA. NÃO CABIMENTO. AUTORIZAÇÃO PARA EXAMES. MÉDICOS NÃO CREDENCIADOS. POSSIBILIDADE.

1. À luz dos princípios da verdade real e do livre convencimento motivado, vigentes em nosso direito processual civil, se o magistrado considerar desnecessária, para apreciar a demanda, a prova requerida, é perfeitamente possível seu indeferimento, nos termos do art. 130 do CPC.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

2. A exigência do preenchimento da CID para a realização de exames e para o pagamento de honorários médicos não encontra amparo legal e constitui obstáculo indevido à utilização dos planos contratados pelos beneficiários, mormente, tendo em vista que os exames servem, justamente, para facilitar a elaboração de diagnósticos.

3. A exigência de que os exames sejam solicitados por profissionais credenciados não encontra amparo legal, pois obriga que o segurado, disposto a arcar com os honorários do médico de sua confiança (não credenciado), a pagar por custos cobertos pelo contrato. Sendo assim, se um procedimento ou exame está previsto no plano contratado, o beneficiário tem direito à referida cobertura, sendo irrelevante que a solicitação seja feita por médico credenciado ao plano ou não. Além disso, ao disponibilizar um seguro ou plano de saúde, as seguradoras ou operadoras, estão cientes da alea inerente a tais modalidades de contrato; embutindo tal fator, mediante cálculos complexos, no valor das prestações pagas pelos segurados e é a necessidade do paciente/beneficiário o elemento que motiva a utilização do plano, não se alterando o equilíbrio econômico financeiro do contrato, em prejuízo das seguradoras e operadoras, o fato de uma solicitação de exame partir de um médico não credenciado.

4. Agravo retido, remessa necessária e apelações desprovidas.

Opostos três embargos de declaração, acolheram-se os aclaratórios da Marítima Seguradora, sem atribuição de efeitos infringentes, tendo restado a ementa assim vazada:

TRIPLOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO. EXISTÊNCIA. SEM ATRIBUIÇÃO DE EFEITOS INFRINGENTES. OBSCURIDADE. INOCORRÊNCIA.

1. Os embargos de declaração, como regra, são recurso integrativo, que objetivam expungir da decisão embargada os vícios de obscuridade, contradição e omissão, entendida esta como "a advinda do próprio julgado e prejudicial à compreensão da causa, e não aquela que entenda o embargante, ainda mais como meio transversal a impugnar os fundamentos da decisão recorrida" (STJ, Edcl REsp 351490, DJ 23/9/02), acentuando-se que não se acomoda na hipótese "matéria nova,, não suscitada anteriormente" (STJ, Edcl REsp 431365, DJ 12/5/03), bem como "quando o julgado deixa de se manifestar sobre um dos pedidos apresentados, nitidamente desimportante para a resolução do litígio e formulado em total incongruência com os autos." (STJ, Edcl. REsp 410319, DJ 23/9/02).

2. Em relação aos embargos de declaração de MARÍTIMA, observa-se, dos termos do voto, que a questão referente à prova foi enfrentada. No



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

que pertine à impossibilidade jurídica do pedido, a omissão foi sanada, sem atribuição de efeitos infringentes.

3. Inexistentes a obscuridade alegada por CAARJ e a omissão aventada por BRADESCO SEGUROS S. A. E OUTROS, devendo-se sublinhar que a omissão apta a ensejar os aclaratórios é "aquela advinda do próprio julgamento, e prejudicial à compreensão da causa, e não aquela que entenda o embargante, ainda mais como meio transversal de se preencher os requisitos de admissibilidade de recurso extraordinário" (STJ, Edcl REsp 424543, DJ 16/06/2003), mormente para os fins dos verbetes nos 282 e 356, da Súmula do Supremo Tribunal Federal.

4. Embargos de declaração de MARÍTIMA SAÚDE SEGUROS S.A. providos, sem efeitos infringentes; embargos de declaração de CAARJ e de BRADESCO SEGUROS S. A. E OUTROS desprovidos.

Apenas a CAARJ, a AMIL e a Dix interpuseram recursos especiais, estas duas conjuntamente.

Nas razões do recurso especial interposto com fundamento na alínea "a" do inciso III do art. 105 da CF pela Caixa de Assistência, aduziu-se a violação ao art. 42 do CPC e 267, inciso VI, do CPC por ausência superveniente de interesse de agir decorrente da alienação da carteira de planos de saúde para a UNIMED-RIO, entidade que não pratica qualquer das condutas impugnadas na inicial da ação. Pediu o provimento do recurso e a extinção da ação sem resolução de mérito no que lhe concerne.

Nas razões do recurso especial interposto pela AMIL e pela Dix com fundamento na alínea "a" do inciso III do art. 105 da CF, aduziu-se a violação aos arts. 1º, 3º, 4º, da Lei 9.961/00; 10 da lei 9.656/98; 51, incisos I e IV e §1º, do CDC. Referiu que a CID é o principal cadastro diagnóstico e estatístico da Organização Mundial de Saúde (OMS) não sendo desarrazoada a exigência de sua indicação nas requisições de exame, se constituindo em um elemento técnico universal e indissociável do atestado médico quando declarações sobre a saúde do cidadão.

Rechaçou o argumento de que estaria a violar a intimidade do



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

consumidor e, ainda, enfatizou que o fato de algumas operadoras não adotarem o procedimento pouco influi no desate da controvérsia, pois são livres para adotar os mais diferentes critérios de admissão, de preço, e de condições na prestação dos seus serviços, estando sempre o consumidor apto a optar por aquela operadora que não exija a declaração do CID. Aduziu que o próprio Conselho Federal de Medicina atribuiu ao paciente a responsabilidade de autorizar a divulgação do CID e, ademais, a competência regulatória é da ANS, não podendo o MP imiscuir-se na sua seara. Pediu o provimento do recurso e a improcedência do pedido de abstenção das rés de exigir a CID devidamente preenchida quando não houver oposição do próprio paciente.

Houve contrarrazões do Ministério Público, sustentando a ausência de prequestionamento e a não indicação de dispositivos violados na Lei 9.961/00, além da atração do enunciado 283/STF. Aduziu, por outro lado, não se ter interposto recurso extraordinário em face do fundamento da razoabilidade e proporcionalidade na exigência do CID, obstaculizando-se o REsp pelo enunciado 126/STJ. Preclusas, ainda, as demais determinações do acórdão, em relação às quais não houve impugnação. No mérito, destacou que não se proíbe a indicação do CID, mas, apenas, o condicionamento da cobertura contratual à presença da referida informação. Asseverou que a prática exigida pelas rés inverte o método de diagnóstico, exigindo que o médico aponte uma doença antes de ter o mínimo de certeza. Salientou infringir-se a intimidade dos consumidores e não decorrer da Lei 9656 a autorização para as operadores condicionarem a cobertura dos serviços à informação do CID. Pediu o desprovimento.

Apenas o recurso da Amil fora admitido na origem.

A CAARJ interpôs agravo em recurso especial, sustentando a ocorrência de fato novo superveniente e relevante para o desfecho da presente demanda,



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

qual seja, a alienação integral da sua carteira de planos de saúde para a UNIMED-RIO ainda em julho de 2010, sendo que não mais atua como operadora de plano de saúde e assumiu a obrigação contratual de não praticar qualquer outra atividade considerada concorrencial com a UNIMED. Salientou não se atrair o enunciado 7/STJ, postulando o conhecimento e provimento do especial.

Submetido a julgamento em 25/04/2017, após a prolação do voto deste relator, pediu vista a e. Min. Nancy Andrigli.

Em face da petição do MPF nº 309.618/2017, foi cancelado o pedido de vista e retirado o processo de pauta.

Dada vista ao Ministério Público Federal, pugnou-se pelo não provimento do agravo e pelo não conhecimento do recurso especial.

É o relatório.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.509.055 - RJ (2014/0338315-8)

VOTO

**O EXMO. SR. MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO
(Relator):**

Eminentes Colegas, a discussão devolvida ao conhecimento desta Corte está inserta em ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal para imposição de obrigações de fazer e não fazer em face da ANS e de 21 operadoras de planos de saúde.

Dois são os recursos a serem analisados. O primeiro é o agravo em recurso especial interposto pela CAARJ e o segundo é o recurso especial interposto em conjunto pelas operadoras AMIL e DIX.

Início a análise pelo agravo em recurso especial interposto pela CAARJ.

Razão não acompanha a agravante, revelando-se escorregia a decisão que não admitiu o seu recurso especial.

O acórdão recorrido, acerca da alegada ausência de interesse de agir e/ou ilegitimidade passiva, pontuou o seguinte:

Por fim, sem qualquer repercussão a petição n. 2012056557, que pretende a extinção do feito sem julgamento do mérito em relação à CAARJ, nos termos do art. 267, VI, do CPC, em razão da ausência superveniente de interesse de agir.

Isto porque, não há, nos autos, qualquer evidência de que os integrantes da carteira alienada não sejam afetados pelas práticas afastadas pela sentença.

Tampouco seria o caso de produzir qualquer prova nesse sentido, estando os autos já em segunda instância. Ademais, nos termos do art. 42, do CPC, não resta qualquer dúvida de que a CAARJ segue como parte legítima para figurar no pólo passivo da presente demanda.

Em sede de aclaratórios, acresceu-se, ainda, que:

O voto objurgado não foi obscuro quanto a questão ora levantada, demonstrando claramente que, não obstante o contrato celebrado entre



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CAARJ e UNIMED-RIO, incide na hipótese o art. 42 do CPC, tratando-se, sim, a questão de legitimidade passiva ad causam:

"(...) Por fim, sem qualquer repercussão a petição n. 20 12.056557, que pretende a extinção do feito sem julgamento do mérito em relação à CAARJ, nos termos do art. 267, VI, do CPC, em razão da ausência superveniente de interesse de agir. Isto porque, não há, nos autos, qualquer evidência de que os integrantes da carteira alienada não sejam afetados pelas práticas afastadas pela sentença. Tampouco seria o caso de produzir qualquer prova nesse sentido, estando os autos já em segunda instância. Ademais, nos termos do art. 42, do CPC, não resta qualquer dúvida de que a CAARJ segue como parte legítima para figurar no pólo passivo da presente demanda." (fl. 5.125)

Com efeito, a CAARJ, órgão da Ordem dos Advogados do Brasil e, por tal razão, como reiteradamente decidido no e. STJ, com foro federal para processamento e julgamento nas demandas em que figurar como parte, oferecia aos profissionais a ela associados, com a anuidade em dia, a possibilidade de adesão a planos de saúde por ela administrados e operados, com tarifas abaixo das praticadas no mercado.

Após a celebração do "Contrato de prestação de assistência médica e hospitalar, de diagnóstico e terapia e outras avenças", em 10 de março de 2008, com a UNIMED-RIO, esta se obrigou a colocar sua rede assistencial à disposição dos beneficiários da CAARJ para a prestação dos referidos serviços de saúde, observando-se os limites previstos nos respectivos planos, se e quando o mesmo se fizer necessário, e desde que obedecidos os critérios estabelecidos no contrato.

Para a consecução de tal desiderato, UNIMED-RIO e CAARJ convencionaram entre si por adotar a equivalência entre os planos anteriormente previstos e oferecidos pela CAARJ, com os já existentes e operados pela UNIMED-RIO, dispondo, ainda, sobre as demandas administrativas e judiciais nesse sentido, verbis:

"CLÁUSULA 15. DAS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS E JUDICIAIS.

A assunção das demandas administrativas e judiciais pelas contratantes obedecerá às regras estabelecidas nesta cláusula.

15.1. A responsabilidade decorrente de toda e qualquer demanda administrativa e judicial em curso até a data de início da vigência deste contrato que tenha sido proposta pelos beneficiários da CAARJ é exclusiva desta, inclusive no que disser respeito ao cumprimento das decisões delas decorrentes, sejam em que esfera for, ainda que eventuais despesas ocorram após o início de



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

vigência do presente contrato.

15.2. A UNIMED-RIO não se responsabiliza por qualquer demanda administrativa e judicial que seja movida pelos beneficiários da CAARJ inscritos nos planos assistenciais, que importe em discussão de questões contratuais que tenham sido estabelecidas pela mesma com os seus beneficiários por ocasião da celebração dos planos, ainda que as referidas demandas administrativas e judiciais venham a ser propostas no decorrer da vigência deste instrumento.

15.3. A UNIMED-RIO somente se responsabilizará pelas demandas administrativas e judiciais que tenham estrita relação com o atendimento assistencial coberto contratualmente, e, ainda assim, desde que o evento objeto da ação a ser movida tenha ocorrido na vigência deste instrumento.

15.4. A CAARJ, nas hipóteses autorizadas em lei, compromete-se a integrar o pólo passivo dos processos judiciais eventualmente propostos pelos seus beneficiários contra a UNIMED-RIO, quando os mesmos disserem respeito a eventos ocorridos antes do início da vigência do presente contrato ou a compromissos contratuais por ela assumidos na forma do disposto na sub-cláusula 15.2, responsabilizando-se, nesses casos, pelos custos decorrentes dos referidos processos. (g. n.)"

Com a Resolução Normativa 145/07, que alterou as disposições da RN 112/05 (cujo objeto versa sobre a alienação de carteiras de segurados, voluntária ou compulsória, total ou parcialmente, bem como nos casos de oferta pública), a CAARJ e a UNIMED-RIO, em 15 de junho de 2010, após dois anos de prestação de serviços desta àquela, celebraram Contrato de Alienação Voluntária de Carteira de Planos Privados de Assistência à Saúde, cujo objeto é a integral alienação de sua carteira de planos Privados de assistência à saúde à UNIMED-RIO.

Postos os fatos acima narrados, versando-se a presente ação civil pública sobre aspectos contratuais dos planos de saúde firmados, e tendo sido proposta em 2004, com efeitos que se protraem no tempo, seja pela sub-cláusula 15.2, quanto pela sub-cláusula 15.4, a legitimidade passiva ad causam da CAARJ se mantém.

Não outra sorte assiste à CAARJ, a partir de 2010, com a celebração do contrato, cujo objeto é a própria alienação integral da carteira de segurados à UNIMED-RIO, porquanto exsurge aí, para a CAARJ, a legitimação extraordinária - é dizer, quando a lei autoriza que alguém demande ou venha a ser demandado, em nome próprio, para defender direito que, supostamente, em parte ou no todo, não lhe pertence -, por conta da incidência do disposto no art. 42, caput, do CPC, cuja mens legis é de justamente coibir a má-fé processual, expressis verbis:



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

"Art. 42. A alienação da coisa ou do direito litigioso, a título rcv particular, por ato entre vivos, não altera a legitimidade das partes.p § 1º. O adquirente ou o cessionário não poderá ingressar em juízo, substituindo o alienante, ou o cedente, sem que o consinta a parte contrária.

§ 2º. O adquirente ou o cessionário poderá, no entanto, intervir no processo, assistindo o alienante ou o cedente.

§ 3º. A sentença, proferida entre as partes originárias, estende os seus efeitos ao adquirente ou ao cessionário."

Acerca da pretensa afronta ao disposto no art. 42 do CPC/73, não se mostra ela presente.

Constitui fato incontroverso que a carteira de plano de saúde fora alienada para terceira sociedade no curso da presente demanda.

Houve, pois, alienação de direito litigioso a fazer remanescer a alienante na lide e vir a ser alcançada a adquirente pelos efeitos da decisão aqui exarada.

Por outro lado, em relação à ausência de interesse de agir, o acórdão, soberano na análise das provas coligidas, reconheceu não haver *"nos autos, qualquer evidência de que os integrantes da carteira alienada não sejam afetados pelas práticas afastadas pela sentença."*

Essa conclusão, por resumir-se ao contexto fático probatório, não se entrega à revisão desta Corte Superior, não se podendo identificar a alegada afronta ao art. 267 do CPC sem proceder ao reexame do que já fora analisado pela instância de origem, o que se mostra vedado em conformidade com o enunciado 7/STJ.

Nega-se, assim, provimento ao agravo em recurso especial.

Passo ao exame do recurso especial interposto conjuntamente pela AMIL e da DIX.

Relembro que a sentença, mantida pelo Egrégio Tribunal Regional Federal da 2ª Região, julgou procedentes os seguintes pedidos formulados na petição inicial da ação civil pública para:

1) obrigar a ANS a editar normas definitivas, até a data da sentença de



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

primeiro grau nesta ação, que regulamentem o custeio e o reembolso das despesas, o oferecimento da rede credenciada ou referenciada, as restrições contratuais, técnicas ou operacionais para cobertura de procedimentos solicitados pelo prestador escolhido pelo consumidor, a vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais;

4) sejam as rés compelidas a se absterem, permanentemente, de exigir o preenchimento da CID como condição para realização de exames e pagamento de honorários médicos;

5) sejam as rés obrigadas, definitivamente, a autorizar a realização de exame ou outros procedimentos médicos afins solicitados por profissionais não credenciados, sendo obrigadas a abolir a restrição a médicos especializados e credenciados;

6) sejam as rés obrigadas a, permanentemente, autorizar nova consulta ao mesmo profissional, independentemente de delimitação de prazo e procedimento prévio para justificativa, facultado qualquer meio de fiscalização que não afete o consumidor, como auditorias periódicas;

O recurso interposto limita-se a impugnar o pedido de nº 4: "***sejam as rés compelidas a se absterem, permanentemente, de exigir o preenchimento da CID como condição para realização de exames e pagamento de honorários médicos;***", sustentando a violação aos arts. 1º, 3º, 4º da lei 9.961/00, 10 da Lei 9.656/98 e 51, incisos I e IV e §1º, do CDC.

O juízo, tendo o aresto nos seus fundamentos se apoiado, manifestou que:

"[...] na medida em que os exames têm por fim exatamente facilitar a elaboração dos diagnósticos, revela-se de todo absurda - ao menos sob a ótica da ciência médica - a exigência de informação prévia da CID nas solicitações. Descartando-se as razões relacionadas às questões de saúde, resta perquirir acerca dos motivos que ensejaram a adoção do procedimento por parte das operadoras.

Afirma o Ministério Público Federal, na inicial, que os planos de saúde 'têm-se utilizado deste artifício como meio de elidir a realização do exame' ou para 'negar totalmente o tratamento sob argumento de ter sido constatada lesão ou doença preexistente e não cumprimento do



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

prazo de carência' (fls. 8). A operadoras, em suas peças de bloqueio, contestam veementemente tal afirmativa.

Evidentemente, se a exigência em discussão efetivamente é formulada em decorrência do alegado pelo Parquet, a procedência do pedido se impõe sem necessidade de maiores delongas.

Entretanto, ainda que a prática haja sido implementada para coibir fraudes - e, por conseguinte, não tenha finalidades escusas trazidas à baila na inicial - o pleito autoral merece prosperar. Isto porque a detecção de fraudes, a coleta de dados estatísticos sobre as doenças que acometem os segurados ou a facilidade na verificação acerca da existência ou não de cobertura contratual - de forma geral, o alegado pelas operadoras para justificar o procedimento quando o praticam - não se revelam justificativas plausíveis, considerando que a exigência da informação é prévia, ou sejam precede à realização dos exames ou o pagamento de quaisquer honorários.

Não restam dúvidas de que há outras maneiras de se atingirem tais objetivos, sem que se prejudiquem médicos e segurados e sem que se atente contra a lógica da medicina, O fato de várias das operadoras que figuram no pólo passivo não adotarem o procedimento atacado - como afirmam em suas contestações - demonstra a existência de outros caminhos para que se alcancem os fins pretendidos pelos planos de saúde que formulam a exigência. Fraude é crime e deve ser veementemente combatida, inclusive com as ações penais contra médicos e segurados que, eventualmente, a pratiquem. Ao adotar tal postura, entretanto, as operadoras, ao que parece, partem do princípio que todos são fraudadores até que se prove o contrário [...]".

O acórdão, de sua parte, acerca da questão aqui discutida, limitou-se a reconhecer que os argumentos formulados nos apelos não seriam suficientes para fazer reformada a sentença, mantendo-a no que respeita.

Feitos estes registros, de pronto, destaco não identificar o devido prequestionamento dos artigos 1º, 3º e 4º da Lei 9.961/00, dispondo, em suma, sobre a competência normativa e regulatória da ANS sobre as operadoras de planos de saúde.

Carecendo-se do devido prequestionamento, não há como se exigir desta



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Corte Superior que atue de modo a uniformizar a interpretação da legislação federal, tendo-se por atraído o enunciado 282/STF.

Ademais, diante da controvérsia estabelecida, mesmo que se superasse a ausência de explícito prequestionamento, os referidos dispositivos não seriam afrontados pelo acórdão recorrido.

O controle dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde não se esgota na atuação da ANS, em que pese este seja uma de suas precípuas funções.

Compete, também, ao Ministério Público, na defesa de interesses de ordem pública e, notadamente, o interesse dos consumidores, buscar, sempre, o aperfeiçoamento da prestação das obrigações, ou seja, a melhor prestação dos serviços de assistência à saúde, acaso, de alguma forma, estejam as prestadoras do serviço a afrontar o ordenamento jurídico.

Nesse controle dos serviços propriamente ditos, incluem-se os procedimentos de que se utilizam as operadoras para a sua prestação que, sustentadamente, disfarcem, mediante aparente higidez, fins indevidos ou desarrazoados, como se disse do condicionamento da indicação do CID nas requisições de exames para, uma vez omissa, indeferir-se, injustificadamente, a cobertura contratual.

Acerca das funções da ANS, já ponderou **Bruno Miragem**, em seu "Curso de Direito do Consumidor", 3ª ed. em e-book, Ed. RT, item 2.5.4.1:

É de registrar-se, igualmente, que o modelo de regulamentação dos contratos de planos de assistência à saúde no Brasil termina por confiar larga margem das normas do setor à atividade regulatória de agência estatal especialmente criada para a finalidade de regular a atividade privada de assistência à saúde. Como ensina Maria Stella Gregori, o modelo de regulação do setor, em uma primeira fase, ocupou-se de duas instâncias: "uma com foco nas operadoras, sob o aspecto econômico-financeiro, e outra com foco no produto oferecido, sob o aspecto da assistência". A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS -, criada pela Lei 9.961/2000, tem suas competências relacionadas



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

à regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Neste sentido, é competente para intervir no mercado e nos respectivos contratos de planos de assistência à saúde, especialmente para assegurar o equilíbrio de interesses e prestações de consumidores e operadoras, bem como da capacidade dos fornecedores executarem suas obrigações frente ao consumidor (capacidade técnica, operacional e financeira). Daí ser a Agência quem pode autorizar eventual revisão técnica do plano, em vista de um desequilíbrio excepcional das obrigações que custeia e respectivos recursos. Todavia, examinando a experiência regulatória na última década, percebem-se nitidamente dois fenômenos: a) houve um excesso de confiança do legislador na competência regulatória das agências, frustrada por uma ação pouco convincente do órgão na proteção do interesse dos consumidores; e b) o superdimensionamento da competência normativa secundária (regulamentar) da agência, tem dado causa à edição de regulamentos de frágil conformidade com as disposições e/ou o fundamento teleológico da Lei 9.656/98 e do Código de Defesa do Consumidor.

Cumpre, assim, que se verifique a legalidade desse condicionamento à luz do disposto no art. 10 da Lei 9.656/98 e no art. 51, incisos I e IV e §1º, do CDC.

Os enunciados normativos do art. 10 da Lei 9656/98 e do art. 51, inciso I e IV e §1º do CDC, estão assim redigidos:

Art. 10. *É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:*

Art. 51. *São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:*

I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos. Nas relações de consumo entre o fornecedor e o consumidor pessoa jurídica, a indenização



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

poderá ser limitada, em situações justificáveis;

(...)

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;

(...)

§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que:

I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;

II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;

III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

O primeiro dos dispositivos exige das operadoras de planos de saúde o fornecimento de um plano-referência de assistência das **"doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12"**.

Relembre-se que o CID é a denominação comumente dada à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (em inglês: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD*), confeccionada pela Organização Mundial de Saúde desde a sua criação, tendo a importante função de codificar a classificação de doenças e sintomas.

Segundo o *site* da OMS, o CID é uma ferramenta de diagnósticos padrão para epidemiologia, gestão de saúde e propósitos clínicos, incluindo a análise da situação geral de saúde dos grupos populacionais, sendo usada para monitorar a incidência e prevalência de doenças e outros problemas de saúde, e fornecendo uma imagem da situação geral de saúde dos países e populações.

A lei, como se vê, estreita, sobremaneira, a relação entre a prestação dos



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

serviços de saúde pelas operadoras à referida ferramenta de diagnósticos padrão.

Essa prestação de serviços, por outro lado, atende ao mínimo estabelecido legalmente e, ainda, ao que estabelecido em sede contratual.

Melhor explicitando a função desempenhada pela Lei 9.656, Bruno Miragem, na obra aludida, relembra que referido édito teve por finalidade estabelecer um limite mínimo de serviços a serem prestados aos consumidores:

*O regime instituído pela Lei 9.656/98, visivelmente, teve por finalidade estabelecer um limite mínimo de serviços a serem prestados aos consumidores de planos de assistência à saúde, visando à **proteção do equilíbrio contratual** e à **satisfação do interesse útil do consumidor** nesta espécie de contratação. Note-se que o objeto deste contrato é complexo, dado a multiplicidade de tratamentos e prestações acessórias a serem realizadas pela operadora do plano de saúde para atingir a finalidade legitimamente esperada pelas partes. Por outro lado, **o alto custo dos serviços de saúde, associado à permanente inovação e aperfeiçoamento de técnicas e procedimentos de tratamento, estabelecem exigências financeiras crescentes. Daí a solução adotada pelo legislador, na previsão de um plano de referência (artigo 10), que contemple as exigências mínimas estabelecidas em lei (artigo 12), visando evitar a exclusão de parte da prestação devida que viesse a comprometer a própria finalidade do contrato e o interesse útil do consumidor.** (op. cit. Item 2.5.4.2)*

É da jurisprudência desta Corte Superior a possibilidade de ser rejeitada a cobertura de tratamentos que refujam do plano-referência e, ainda, do contrato celebrado entre as partes.

Nesse sentido:

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA ABUSIVA. REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. ENUNCIADOS 5 E 7 DA SÚMULA DO STJ. DOENÇA COBERTA. PROCEDIMENTO. LIMITAÇÃO. NÃO PERMISSÃO. ENTENDIMENTO ADOTADO NESTA CORTE. VERBETE 83 DA SÚMULA DO STJ. FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO. NÃO IMPUGNAÇÃO. INCIDÊNCIA DO VERBETE 283 DA SÚMULA/STF. INOVAÇÃO. INADMISSIBILIDADE. AGRAVO NÃO PROVIDO.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

1. O Tribunal de origem concluiu pela abusividade na negativa de cobertura e a revisão do entendimento adotado esbarra no óbice dos enunciados 5 e 7 da Súmula/STJ.
2. **O contrato de plano de saúde pode limitar as doenças a serem cobertas** não lhe sendo permitido, ao contrário, delimitar os procedimentos, exames e técnicas necessárias ao tratamento da enfermidade constante da cobertura.
3. O Tribunal de origem julgou nos moldes da jurisprudência pacífica desta Corte. Incidente, portanto, o enunciado 83 da Súmula do STJ.
4. As razões elencadas pelo Tribunal de origem não foram devidamente impugnadas. Incidência do enunciado 283 da Súmula/STF.
5. Não se admite a adição de teses não expostas no recurso especial em sede agravo regimental, por importar em inadmissível inovação. Precedentes.
6. Agravo regimental a que se nega provimento. (AgRg no Ag 1355252/MG, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 24/06/2014, DJe 05/08/2014)

Esse vínculo entre os serviços de saúde e a Classificação Internacional de doenças já fora objeto de referência quando da exegese do art. 10 da Lei 9.656 e as restrições a determinadas coberturas:

RECURSO ESPECIAL. SECURITÁRIO. PLANO DE SAÚDE. INTELIGÊNCIA DOS ARTS. 10, I, E 12 DA LEI 9.656/98. TRATAMENTO EXPERIMENTAL. EXCLUSÃO DE COBERTURA. DESCABIMENTO. INEXISTÊNCIA DE TRATAMENTO CONVENCIONAL. INDICAÇÃO MÉDICA. INSTITUIÇÃO DE SAÚDE RECONHECIDA. RECURSO PROVIDO.

1. A Lei 9.656/98 garante aos segurados e beneficiários de seguros e planos de saúde a fruição, no mínimo, de exames, medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição médica. Com isso, **as seguradoras e operadoras são obrigadas a cobrir os referidos meios, tratamentos e serviços necessários à busca da cura ou controle de doença apresentada pelo paciente e listada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.**
2. A interpretação conjunta dos arts. 10 e 12 da Lei 9.656/98 conduz à compreensão de que, na hipótese de existir tratamento convencional, com perspectiva de resposta satisfatória, não pode o paciente, às custas da seguradora ou operadora de plano de saúde, optar por tratamento experimental. Por outro lado, nas situações em que os tratamentos convencionais não forem suficientes ou eficientes, fato atestado pelos



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

médicos que acompanham o caso, existindo, no País, tratamento experimental, em instituição de reputação científica reconhecida, com indicação para a doença, a seguradora ou operadora deve arcar com os custos do tratamento, na medida em que este passa a ser o único de real interesse para o contratante, configurando o tratamento mínimo garantido pelo art. 12 da Lei.

3. Assim, a restrição contida no art. 10, I, da Lei 9.656/98 somente deve ter aplicação quando houver tratamento convencional eficaz para o segurado.

4. Divergência de fundamentação na formação da maioria.

5. Recurso especial provido. (REsp 1279241/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Rel. p/ Acórdão Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 02/10/2014, DJe 07/11/2014)

É assim porque a prestação do serviço de saúde suplementar há de trabalhar dentro de um espectro de previsibilidade, ou seja, deverá alcançar as enfermidades catalogadas no CID.

De outro lado, essa exigência de menção do CID nas requisições de exames e demais serviços de saúde, bem como o condicionamento mesmo decorrem, razoavelmente, do fato de as operadoras de planos de saúde estarem obrigadas a prestar os serviços previstos no plano-referência, e, quiçá, outros que desbordem do atendimento mínimo previsto em lei e nos regulamentos da ANS, desde que tenham respaldo contratual.

Fora desse espectro, como já se fez evidenciar no precedente inicialmente referido, da lavra da e. Min. Gallotti, não se pode exigir das operadoras a cobertura de serviço ou exame ligado a enfermidade em relação a qual não se vê ela legal ou contratualmente obrigada.

A pergunta que sobeja é singela:

Como proceder a um eficaz controle dos serviços prestados e dos exames solicitados pelos médicos a ela conveniados ou não se o profissional que solicita o exame ou o serviço de saúde não especificar em relação a qual enfermidade que se volta o diagnóstico e tratamento?



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

O regime de cooperação que deve ser estabelecido no curso de relações privadas, isso com base na boa-fé objetiva, milita em favor de que sejam prestadas, também pelo consumidor/paciente, as informações necessárias para uma hígida prestação dos serviços.

A boa-fé objetiva é via de mão dupla.

Assim como se exige do fornecedor a clara e destacada discriminação de procedimentos que não estejam cobertos pelo plano contratado, há de se exigir do consumidor, também, que, ao pleitear a prestação dos serviços por parte da operadora, a muna com informações relevantes e necessárias para a um hígido cumprimento da obrigação, de modo a verificar se a pretensão formulada é legítima em face do que prescrevem a lei e o contrato.

Sem essa providência, solicitações de custosos exames para, por exemplo, coadjuvar tratamentos puramente estéticos, ou, ainda, para inseminações artificiais, ou, até mesmo, para tratamentos antiéticos ou ilícitos ou sequer reconhecidos pelas autoridades brasileiras de saúde, poderiam vir a ser solicitados, despendendo a operadora por exames cujos tratamentos a que vinculados não seriam por elas custeados.

As disposições normativas do art. 10 da Lei 9.656/98 são claras em estabelecer não serem obrigadas as operadoras a prestarem serviços de assistência à saúde quando voltados a:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;*
- b) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;*
- c) inseminação artificial;*
- d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;*
- e) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12;*
- f) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;*



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

g) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

Nesse panorama, em face da possibilidade de as requisições de exames voltarem-se a tratamentos que desbordem o plano-referência e os termos do contrato, o condicionamento da informação do CID nas requisições de serviços de saúde não se revela abusivo, como reconhecido pelas instâncias de origem.

Não se identificam ofensas aos princípios fundamentais consumeristas, nem se restringem direitos ou obrigações inerentes à natureza do contrato, tampouco se prevê obrigação excessivamente onerosa para o consumidor, adentrando-se o âmbito da normalidade a exigência da menção à enfermidade a que se volta o exame ou o serviço solicitado.

Em sede abstrata, própria da ação civil pública, é absolutamente necessária a demonstração da abusividade da prática de se exigir a Classificação Internacional de Doenças, especialmente porque endossada pela respectiva agência reguladora (ANS). Em não sendo abusiva essa exigência, não se teria porque considerar abusiva a negativa de cobertura quando a requisição de exame não a atenda.

A sentença, mantida pelo acórdão recorrido, não reconheceu a existência do sustentado desvio de finalidade, que se consubstanciaria na exigência do CID para a identificação da eventual existência de doença ou lesão pré-contratual que viesse a escudar uma posterior negativa de cobertura, limitando-se, no que concerne, a apenas conjecturar a referida possibilidade.

Asseverou, sobre a questão, o magistrado: *se a exigência em discussão efetivamente é formulada em decorrência do alegado pelo Parquet, a procedência do pedido se impõe sem necessidade de maiores delongas. Entretanto, ainda que a prática haja sido implementada para coibir fraudes - e, por conseguinte, não tenha finalidades escusas trazidas à baila na inicial*



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

- o pleito autoral merece prosperar.

O julgador, em verdade, reconheceu a procedência do pedido por entender que a justificativa apresentada pela ré seria insuficiente a fundamentar a exigência do CID nas requisições de exames e serviços.

A propósito, asseverou o magistrado:

*(...) a detecção de fraudes, a coleta de dados estatísticos sobre as doenças que acometem os segurados ou a **facilidade na verificação acerca da existência ou não de cobertura contratual** - de forma geral, o alegado pelas operadoras para justificar o procedimento quando o praticam - **não se revelam justificativas plausíveis**, considerando que a exigência da informação é prévia, ou seja precede à realização dos exames ou o pagamento de quaisquer honorários.*

Com a devida vênia, não é possível vislumbrar abusividade no procedimento levado a efeito pelas operadoras demandadas, não se tonalizando como iníqua a exigência do CID - pois embasada em legítimo interesse da operadora -, nem coloca, ela, o consumidor em desvantagem exagerada - pois é da normalidade da relação que se estabelece entre o paciente, o médico e a operadora que se indique a enfermidade objeto de tratamento -, e, ainda, não se identifica, aqui, conduta incompatível com a boa-fé ou a equidade, pois como já referido, é razoável a exigência e útil a informação.

Por outro lado, não se identifica violação à privacidade ou intimidade dos pacientes.

A classificação internacional de doenças é codificada, e, assim, sequer se terá estampada na requisição médica a enfermidade a que relacionada.

Mesmo se assim não fosse, para a prestação dos serviços contratados de assistência à saúde, invariavelmente, os envolvidos na presente atividade devem ter acesso a informações privadas, relativas à saúde dos pacientes/usuários.

É necessário o manejo de informações relativas a serviços, exames e



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

medicamentos utilizados, seja em hospitais ou ambulatorios, seja por médicos em consultório, pois este é o cerne do contrato celebrado, ou seja, a demonstração do procedimento necessitado e o seu pagamento pela operadora do plano, acaso coberto, ou mesmo o ressarcimento do valor desembolsado pelo usuário, de acordo com o contrato celebrado.

Finalmente, o fato de ainda não se possuir certeza acerca da enfermidade que, aparentemente, possa acometer o paciente, em face de incipiente investigação realizada pelo profissional de saúde e, quiçá, possível alteração do prévio diagnóstico, não torna a exigência absurda como reconhecido na origem.

Certamente não se exige do profissional da Medicina que solicita o exame o diagnóstico definitivo da enfermidade que acomete o usuário do serviço, mas, sim, o norte para o qual a sua investigação ou prescrição estará direcionada.

As justificativas apresentadas pelas operadoras em defesa da exigência da menção ao CID da enfermidade que estaria a acometer o paciente/usuário são, pois, razoáveis, não se tendo demonstrado, consoante o que se consignou das decisões prolatadas na origem, desvio de finalidade ou abuso por parte das operadoras demandadas.

Essa conclusão não retira dos pacientes a possibilidade de, sentindo-se prejudicados, virem a demonstrar, no caso concreto, os desvios e abusos que venham a ser cometidos pelas prestadoras dos serviços, mas, no sentir deste relator, tais desvios aqui não restaram evidenciados.

Ante o exposto, voto no sentido de negar provimento ao agravo em recurso especial e dar provimento ao recurso especial, reformando o acórdão no que toca ao reconhecimento da abusividade, em tese, do condicionamento



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

da cobertura pelos planos de saúde à informação nas requisições de exames e serviços de saúde da Classificação Internacional de Doenças (CID) a que vinculado o pedido.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2014/0338315-8

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.509.055 / RJ

Números Origem: 00307606020004025101 200051010307604 200350010051027 200351010050990
200351010051003 20051010307604 307606020004025101 401259

PAUTA: 25/04/2017

JULGADO: 25/04/2017

Relator

Exmo. Sr. Ministro **PAULO DE TARSO SANSEVERINO**

Presidente da Sessão

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

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ANTÔNIO CARLOS ALPINO BIGONHA**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE	: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A
RECORRENTE	: DIX ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA
ADVOGADOS	: HÉLIO SABOYA RIBEIRO DOS SANTOS FILHO - RJ068819 CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO FILHO E OUTRO(S) - RJ079743 ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
RECORRIDO	: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
AGRAVANTE	: CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CAARJ
ADVOGADOS	: KARIN BASILIO KHALILI - RJ099501 FELIPE MENDONÇA TERRA E OUTRO(S) - RJ179757
AGRAVADO	: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
INTERES.	: GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADO	: TÂNIA SIDNEY DE SOUZA MESQUITA E OUTRO(S) - RJ077752
INTERES.	: MARITIMA SAUDE COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS
INTERES.	: ASSIM GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA
INTERES.	: GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA
ADVOGADO	: SÉRGIO BERMUDEZ E OUTRO(S)
INTERES.	: FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA
ADVOGADO	: NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES

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

CERTIDÃO

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

Após o voto do Sr. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, dando provimento ao recurso



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

especial, pediu vista, antecipadamente, a Sra. Ministra Nancy Andrichi. Aguardam os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze (Presidente) e Moura Ribeiro.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2014/0338315-8 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.509.055 / RJ**

Números Origem: 00307606020004025101 200051010307604 200350010051027 200351010050990
200351010051003 20051010307604 307606020004025101 401259

PAUTA: 20/06/2017

JULGADO: 20/06/2017

Relator

Exmo. Sr. Ministro **PAULO DE TARSO SANSEVERINO**

Presidente da Sessão

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

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **DURVAL TADEU GUIMARÃES**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE	: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A
RECORRENTE	: DIX ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA
ADVOGADOS	: ANTONIO VILAS BOAS TEIXEIRA DE CARVALHO - DF001120 HÉLIO SABOYA RIBEIRO DOS SANTOS FILHO - RJ068819 CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO FILHO E OUTRO(S) - RJ079743 ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
RECORRIDO	: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
AGRAVANTE	: CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CAARJ
ADVOGADOS	: KARIN BASILIO KHALILI - RJ099501 FELIPE MENDONÇA TERRA E OUTRO(S) - RJ179757
AGRAVADO	: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
INTERES.	: GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADO	: TÂNIA SIDNEY DE SOUZA MESQUITA E OUTRO(S) - RJ077752
INTERES.	: MARITIMA SAUDE COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS
INTERES.	: ASSIM GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA
INTERES.	: GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA
ADVOGADO	: SÉRGIO BERMUDEZ E OUTRO(S)
INTERES.	: FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA
ADVOGADO	: NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES

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

CERTIDÃO

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



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Em face da petição do MPF nº 309.618/2017, foi cancelado o pedido de vista e retirado o processo de pauta.

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



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2014/0338315-8

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.509.055 / RJ

Números Origem: 00307606020004025101 200051010307604 200350010051027 200351010050990
200351010051003 20051010307604 307606020004025101 401259

PAUTA: 20/06/2017

JULGADO: 22/08/2017

Relator

Exmo. Sr. Ministro **PAULO DE TARSO SANSEVERINO**

Presidente da Sessão

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

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. **LUIZA CRISTINA FONSECA FRISCHEISEN**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE	: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A
RECORRENTE	: DIX ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA
ADVOGADOS	: ANTONIO VILAS BOAS TEIXEIRA DE CARVALHO - DF001120 HÉLIO SABOYA RIBEIRO DOS SANTOS FILHO - RJ068819 CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO FILHO E OUTRO(S) - RJ079743 ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
RECORRIDO	: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
AGRAVANTE	: CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CAARJ
ADVOGADOS	: KARIN BASILIO KHALILI - RJ099501 FELIPE MENDONÇA TERRA E OUTRO(S) - RJ179757
AGRAVADO	: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
INTERES.	: GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADO	: TÂNIA SIDNEY DE SOUZA MESQUITA E OUTRO(S) - RJ077752
INTERES.	: MARITIMA SAUDE COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS
INTERES.	: ASSIM GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA
INTERES.	: GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA
ADVOGADO	: SÉRGIO BERMUDES E OUTRO(S)
INTERES.	: FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA
ADVOGADO	: NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES

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

CERTIDÃO

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



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

A Terceira Turma, por unanimidade, negou provimento ao agravo em recurso especial interposto por Caixa de Assistência dos Advogados do Estado do Rio de Janeiro - CAARJ e deu provimento ao recurso especial interpostos por AMIL Assistência Médica Internacional S.A. e Outro, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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