



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**AgInt nos EDcl no AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1689448 - SP
(2020/0084484-5)**

RELATOR : MINISTRO MOURA RIBEIRO
AGRAVANTE : UNIMED DE MARÍLIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADO : MARINO MORGATO - SP037920
AGRAVADO : LAIS ALVES DE LIMA COSMI
ADVOGADO : ANA CAROLINA MACENO VILLARES DELPHINO - SP161420

EMENTA

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRADO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRADO INTERNO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA PARA TRATAMENTO. ROL DA ANS. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONFORMIDADE COM ENTENDIMENTO DA TERCEIRA TURMA DO STJ. DANOS MORAIS. INVIABILIDADE DE REEXAME DAS PROVAS DOS AUTOS. APLICAÇÃO DA SÚMULA Nº 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRADO INTERNO NÃO PROVIDO.

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

2. A despeito do entendimento da Quarta Turma em sentido contrário, a Terceira Turma mantém a orientação firmada há muito nesta Corte Superior de que a natureza do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS é meramente exemplificativa, reputando, no particular, abusiva a negativa de procedimento prescrita para auxílio no tratamento de doença coberta pelo plano de saúde.

3. No caso, o Tribunal estadual consignou que, diante da recusa da operadora do plano de saúde em custear o tratamento requerido,

houve agravamento da situação de aflição psicológica e de angústia experimentada pela parte recorrida. Nesse contexto, a alteração das conclusões adotadas pela Corte de origem (quanto a afronta a direito da personalidade do autor e a ocorrência de danos morais indenizáveis) demandaria, necessariamente, novo exame do acervo fático-probatório constante dos autos, providência vedada em recurso especial, conforme a Súmula nº 7 do STJ.

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

5. Agravo interno não provido.

ACÓRDÃO

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

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino.

Brasília, 22 de novembro de 2021.

Ministro MOURA RIBEIRO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**AgInt nos EDcl no AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1689448 - SP
(2020/0084484-5)**

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : UNIMED DE MARÍLIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADO : MARINO MORGATO - SP037920
AGRAVADO : LAIS ALVES DE LIMA COSMI
ADVOGADO : ANA CAROLINA MACENO VILLARES DELPHINO - SP161420

EMENTA

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRADO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRADO INTERNO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA PARA TRATAMENTO. ROL DA ANS. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONFORMIDADE COM ENTENDIMENTO DA TERCEIRA TURMA DO STJ. DANOS MORAIS. INVIABILIDADE DE REEXAME DAS PROVAS DOS AUTOS. APLICAÇÃO DA SÚMULA Nº 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRADO INTERNO NÃO PROVIDO.

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

2. A despeito do entendimento da Quarta Turma em sentido contrário, a Terceira Turma mantém a orientação firmada há muito nesta Corte Superior de que a natureza do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS é meramente exemplificativa, reputando, no particular, abusiva a negativa de procedimento prescrita para auxílio no tratamento de doença coberta pelo plano de saúde.

3. No caso, o Tribunal estadual consignou que, diante da recusa da operadora do plano de saúde em custear o tratamento requerido,

houve agravamento da situação de aflição psicológica e de angústia experimentada pela parte recorrida. Nesse contexto, a alteração das conclusões adotadas pela Corte de origem (quanto a afronta a direito da personalidade do autor e a ocorrência de danos morais indenizáveis) demandaria, necessariamente, novo exame do acervo fático-probatório constante dos autos, providência vedada em recurso especial, conforme a Súmula nº 7 do STJ.

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

5. Agravo interno não provido.

RELATÓRIO

LAÍS ALVES DE LIMA COSMI (LAÍS) ajuizou ação de obrigação de fazer com pedido de antecipação liminar da tutela obrigacional cumulada com danos morais contra UNIMED DE MARÍLIA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO (UNIMED), alegando que foi submetida à cirurgia bariátrica que lhe resultou em um diagnóstico de flacidez cutânea, sobra de pele, abdômen em avental, flacidez e queda mamária e que apesar do pedido da cirurgia reparadora do abdome ter sido aprovado (dermolipectomia para correção de abdômen em avental), lhe foi negado o pleito da mamoplastia bilateral com implante de próteses mamárias sob a alegação de que o ato cirúrgico era tido como cirurgia plástica estética, não coberto pelo plano de saúde.

A tutela de urgência foi deferida.

Em primeira instância, os pedidos iniciais foram julgados parcialmente procedentes para, tornando definitiva a tutela concedida, condenar a UNIMED a custear de forma integral o procedimento cirúrgico mamoplastia bilateral com implante de próteses mamárias prescrito para LAÍS, por seu médico. Em virtude da sucumbência recíproca, foi determinado que cada parte deverá arcar com metade das custas e despesas do processo, além dos honorários de seus procuradores (e-STJ, fls. 304/312).

Enquanto que a apelação interposta pela UNIMED não foi provida, o Tribunal de Justiça de São Paulo deu provimento ao recurso de LAÍS para reconhecer os danos morais como configurados e indenizá-la no importe de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), além de condenar a UNIMED ao pagamento integral das custas processuais e honorários advocatícios, estes fixados em 20% da condenação relativa ao dano moral,

os termos do acórdão de relatoria da Desembargadora CHRISTINE SANTINI, assim ementado:

Apelações Cíveis. Plano de saúde. Negativa de cobertura de cirurgia plástica reparadora de mamoplastia bilateral com uso de implantes mamários, prescrita em continuidade a tratamento de obesidade mórbida. Alegação de exclusão contratual, eis que trata-se de procedimento estético e não inserido no Rol da ANS. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor. Caráter terapêutico, e não meramente estético, das cirurgias plásticas reparadoras requisitadas Rol da ANS que não pode ser considerado taxativo. Escolha que cabe tão-somente ao médico responsável e ao paciente. Limitação abusiva Súmulas nº 97 e 102 deste Egrégio Tribunal de Justiça. Dever de custeio integral do tratamento. Danos morais configurados. Recusa injustificada. Dano in re ipsa. Indenização arbitrada em R\$ 10.000,00. Sentença parcialmente reformada para julgar totalmente procedente a ação. Nega-se provimento ao recurso de apelação interposto pela ré e dá-se provimento ao recurso de apelação interposto pela autora (e-STJ, fl. 236).

Os embargos de declaração opostos pela UNIMED foram rejeitados com imposição de multa (e-STJ, 253/259).

Inconformada, a UNIMED interpôs recurso especial, com base no art. 105, III, a e c, da CF, alegando a violação dos arts. 10, § 4º, da Lei nº 9.656/98, 3º e 4º, III, da Lei nº 9.961/2000, 54, § 4º, do CDC, e 1.022 do NCPC, ao sustentar que (1) o acórdão recorrido é omissivo e contraditório, pois não se manifestou sobre a validade e a legalidade do rol de procedimentos da ANS nos termos da lei; (2) não há cobertura contratual do procedimento, porque ele não consta no rol de procedimento da ANS; (3) são válidas as cláusulas contratuais celebradas entre as partes, que estabelecem os deveres e direitos, assim como as delimitações no contrato; (4) não houve danos morais, pois, em nenhum momento, desrespeitou ou constrangeu a recorrida na medida em que negou o procedimento, objeto desta demanda, por estar amparada pelo contrato e pela legislação; e (5) demonstrou o dissídio pretoriano.

O apelo nobre não foi admitido pelo TJSP em virtude da a) inviabilidade de apontamento de violação da norma constitucional; b) ausência de demonstração de ofensa a legislação infraconstitucional; e c) incidência da Súmula nº 83 do STJ (e-STJ, fls. 320/321).

Seguiu-se o agravo em recurso especial interposto pela UNIMED que não foi conhecido em decisão de minha lavra nos termos do seguinte sumário:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO ESPECIAL MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS. AGRAVO QUE NÃO INFIRMA TODOS OS FUNDAMENTOS DA DECISÃO AGRAVADA. AGRAVO NÃO CONHECIDO (e-STJ, fl. 362).

Em seguida, a UNIMED interpôs agravo interno que foi provido para, em juízo de reconsideração, conhecer do agravo em recurso especial para, na parte conhecida, negar provimento ao apelo nobre, nos termos da decisão monocrática de minha lavra assim ementada:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. RECONSIDERAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. OMISSÃO. INEXISTÊNCIA. INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. RECUSA INDEVIDA DE PROCEDIMENTO MÉDICO. CIRURGIA PÓS-BARIÁTRICA. DEVER DE COBERTURA PELA OPERADORA. PRECEDENTES. DANO MORAL. REFORMA DO JULGADO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 7 DO STJ. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE CONHECIDO E, NESTA EXTENSÃO, NÃO PROVIDO. (e-STJ, fl. 390)

Os embargos de declaração opostos pela UNIMED foram rejeitados (e-STJ, fls. 415/419).

Nas razões do presente agravo interno, a UNIMED sustentou que **(1)** o plano de saúde não está legal e contratualmente obrigado ao custeio da cirurgia plástica em paciente pós-cirurgia bariátrica, especialmente porque o rol de eventos e procedimentos em saúde da ANS ostenta caráter taxativo e não inclui este procedimento; e **(2)** a negativa de cobertura do tratamento não acarretou danos morais.

Foi apresentada contraminuta.

É o relatório.

VOTO

De plano, vale pontuar que as disposições do NCPC, no que se refere aos requisitos de admissibilidade dos recursos, são aplicáveis ao caso concreto ante os termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016:

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

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

(1) Do dever de cobertura

Nas razões do presente agravo interno, a UNIMED sustentou que o plano de saúde não está legal e contratualmente obrigado ao custeio da cirurgia plástica em paciente pós-cirurgia bariátrica, especialmente porque o rol de eventos e procedimentos em saúde da ANS ostenta caráter taxativo e não inclui este procedimento.

Destaca-se que não basta a operadora do plano de assistência médica se limitar ao custeio da cirurgia bariátrica para suplantar a obesidade mórbida, mas as resultantes dobras de pele ocasionadas pelo rápido emagrecimento também devem receber atenção terapêutica, visto que podem provocar diversas complicações de saúde, como candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido e hérnias, não se qualificando, na hipótese, a retirada de excesso de tecido epitelial procedimento unicamente estético, ressaíndo sobremaneira o seu caráter funcional e reparador.

Assim, havendo indicação médica para cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional em paciente pós-cirurgia bariátrica, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica é fundamental à recuperação integral da saúde do usuário outrora acometido de obesidade mórbida, inclusive com a diminuição de outras complicações e comorbidades, não se configurando simples procedimento estético ou rejuvenescedor.

Nesse sentido, confirmam-se os precedentes:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA. DOBRAS DE PELE. CIRURGIAS PLÁSTICAS. NECESSIDADE. CARÁTER FUNCIONAL E REPARADOR. EVENTOS COBERTOS. FINALIDADE EXCLUSIVAMENTE ESTÉTICA. AFASTAMENTO. RESTABELECIMENTO INTEGRAL DA SAÚDE.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. Estão excluídos da cobertura dos planos de saúde os tratamentos com finalidade puramente estética (art. 10, II, da Lei nº 9.656/1998), quer dizer, de preocupação exclusiva do paciente com o seu embelezamento físico, a exemplo daqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita (art. 20, § 1º, II, da RN/ANS nº 428/2017).

3. Há situações em que a cirurgia plástica não se limita a rejuvenescer ou a aperfeiçoar a beleza corporal, mas se destina primordialmente a reparar ou reconstruir parte do organismo humano ou, ainda, prevenir males de saúde.

4. Não basta a operadora do plano de assistência médica se limitar ao custeio da cirurgia bariátrica para suplantar a obesidade mórbida, mas as resultantes dobras de pele ocasionadas pelo rápido emagrecimento

também devem receber atenção terapêutica, já que podem provocar diversas complicações de saúde, a exemplo da candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odores e hérnias, não se qualificando, na hipótese, a retirada do excesso de tecido epitelial como procedimento unicamente estético, ressaíndo sobremaneira o seu caráter funcional e reparador. Precedentes.

5. Apesar de a ANS ter apenas incluído a dermolipectomia no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o tratamento dos males pós-cirurgia bariátrica, devem ser custeados todos os procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora, para assim ocorrer a integralidade de ações na recuperação do paciente, em obediência ao art. 35-F da Lei nº 9.656/1998.

6. Havendo indicação médica para cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional em paciente pós-cirurgia bariátrica, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica é fundamental à recuperação integral da saúde do usuário outrora acometido de obesidade mórbida, inclusive com a diminuição de outras complicações e comorbidades, não se configurando simples procedimento estético ou rejuvenescedor.

7. Em regra, a recusa indevida pela operadora de plano de saúde de cobertura médico-assistencial gera dano moral, porquanto agrava o sofrimento psíquico do usuário, já combalido pelas condições precárias de saúde, não constituindo, portanto, mero dissabor, insito às situações correntes de inadimplemento contratual.

8. O Superior Tribunal de Justiça possui jurisprudência no sentido de que a operadora de plano de saúde deve arcar com os tratamentos destinados à cura da doença, incluídas as suas consequências.

9. Agravo interno não provido".

(AgInt no AREsp 1.434.014/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, DJe 30/8/2019).

AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO CONTRA A INADMISSÃO DE RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE OBESIDADE MÓRBIDA. PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA BARIÁTRICA. INTERVENÇÃO CIRÚRGICA CORRETIVA. CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA. PROCEDIMENTO NECESSÁRIO E COMPLEMENTAR AO TRATAMENTO. COBERTURA DEVIDA. PRESERVAÇÃO DA FINALIDADE CONTRATUAL. AGRAVO REGIMENTAL DESPROVIDO.

1. Esta Corte de Justiça já teve a oportunidade de perfilar o entendimento de que, tendo sido o segurado em tratamento de obesidade mórbida, com cobertura da seguradora, submetido à cirurgia bariátrica, deve a operadora do plano de saúde arcar com os tratamentos necessários e complementares ao referido ato cirúrgico, destinados à cura da patologia.

2. No caso em exame, o Tribunal a quo enfatizou que o procedimento cirúrgico pleiteado pela segurada (reconstrução mamária) não se enquadra na modalidade de cirurgia estética, tratando-se de intervenção necessária à continuidade do tratamento e indispensável ao pleno restabelecimento de sua saúde.

3. As cirurgias de remoção de excesso de pele (retirada do avental abdominal, mamoplastia redutora e a dermolipectomia braçal) consistem no tratamento indicado contra infecções e manifestações propensas a ocorrer nas regiões onde a pele dobra sobre si mesma, o que afasta, inequivocamente, a tese sufragada pela parte ora recorrente no sentido de que tais cirurgias possuem finalidade estética. Considera-se, assim, ilegítima a recusa de cobertura das cirurgias destinadas à remoção de tecido epitelial, quando estas se revelarem necessárias ao pleno restabelecimento do paciente-segurado, acometido de obesidade mórbida, doença expressamente acobertado

pelo plano de saúde contratado, sob pena de frustrar a finalidade precípua de tais contrato' (REsp 1.136.475/RS, Terceira Turma, Rel. Min. MASSAMI UYEDA, DJe de 16/3/2010).

4. Agravo regimental a que se nega provimento.

(AgRg no AREsp 583.765/MG, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, DJe 22/6/2015).

Insta destacar que compete ao profissional habilitado indicar a opção adequada para o tratamento da doença que acomete seu paciente, não incumbindo à seguradora discutir acerca do tratamento, mas, sim, custear as despesas de acordo com a melhor técnica.

Desta feita, ainda que admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor, revela-se abusiva a que exclui o custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento de doença coberta pelo plano.

A propósito:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - PLANO DE SAÚDE - RECUSA INDEVIDA DE CUSTEIO DE MEDICAMENTO - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA DA RÉ.

[...]

3. Ainda que admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor (desde que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil compreensão, nos termos do § 4º do artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor), revela-se abusivo o preceito excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico voltado à cura de doença coberta. Precedentes. Ressalte-se também que, nos termos da jurisprudência desta Corte, "os planos de saúde podem, por expressa disposição contratual, restringir as enfermidades a serem cobertas, mas não podem limitar os tratamentos a serem realizados, inclusive os medicamentos experimentais" (AglInt no AREsp 1.014.782/AC, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 17/8/2017, DJe 28/8/2017), entre outros. Incidência da Súmula 83/STJ.

4. Agravo interno desprovido.

(AglInt no REsp 1.685.177/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, Quarta Turma, DJe 8/3/2018 - sem destaque no original)

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. CERCEAMENTO DE DEFESA. NÃO OCORRÊNCIA. OBESIDADE MÓRBIDA. INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA. POSSIBILIDADE. INSUCESSO DE TRATAMENTOS MULTIDISCIPLINARES AMBULATORIAIS. CONTRAINDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA. DOENÇA COBERTA. SITUAÇÃO GRAVE E EMERGENCIAL. FINALIDADE ESTÉTICA E REJUVENESCEDORA. DESCARACTERIZAÇÃO. MELHORIA DA SAÚDE. COMBATE ÀS COMORBIDADES. NECESSIDADE. DISTINÇÃO ENTRE CLÍNICA DE EMAGRECIMENTO E SPA. DANO MORAL. NÃO CONFIGURAÇÃO.

1. *Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 1973 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).*
2. *Ação ordinária que busca o custeio de tratamento contra obesidade mórbida (grau III) em clínica especializada de emagrecimento, pois o autor não obteve sucesso em outras terapias, tampouco podia se submeter à cirurgia bariátrica em virtude de apneia grave e outras comorbidades, sendo a sua situação de risco de morte.*
3. *É possível o julgamento antecipado da lide quando as instâncias ordinárias entenderem substancialmente instruído o feito, declarando a existência de provas suficientes para o seu convencimento (art. 130 do CPC/1973), sendo desnecessária a produção de prova pericial.*
4. *A obesidade mórbida é doença crônica de cobertura obrigatória nos planos de saúde (art. 10, caput, da Lei nº 9.656/1998). Em regra, as operadoras autorizam tratamentos multidisciplinares ambulatoriais ou as indicações cirúrgicas, a exemplo da cirurgia bariátrica (Resolução CFM nº 1.766/2005 e Resolução CFM nº 1.942/2010).*
5. *O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES (art. 8º, parágrafo único, da RN ANS nº 167/2008). Diferenças existentes entre clínica de emagrecimento e SPA.*
6. *A restrição ao custeio pelo plano de saúde de tratamento de emagrecimento circunscreve-se somente aos de cunho estético ou rejuvenescedor, sobretudo os realizados em SPA, clínica de repouso ou estância hidromineral (arts. 10, IV, da Lei nº 9.656/1998 e 20, § 1º, IV, da RN ANS nº 387/2015), não se confundindo com a terapêutica da obesidade mórbida (como a internação em clínica médica especializada), que está ligada à saúde vital do paciente e não à pura redução de peso almejada para se obter beleza física.*
7. *Mesmo que o CDC não se aplique às entidades de autogestão, a cláusula contratual de plano de saúde que exclui da cobertura o tratamento para obesidade em clínica de emagrecimento se mostra abusiva com base nos arts. 423 e 424 do CC, já que, da natureza do negócio firmado, há situações em que a internação em tal estabelecimento é altamente necessária para a recuperação do obeso mórbido, ainda mais se os tratamentos ambulatoriais fracassarem e a cirurgia bariátrica não for recomendada.*
8. *A jurisprudência deste Tribunal Superior é firme no sentido de que o médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta.*
9. *Havendo indicação médica para tratamento de obesidade mórbida ou severa por meio de internação em clínica de emagrecimento, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado ao paciente, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica, como último recurso, é fundamental à sobrevida do usuário, inclusive com a diminuição das complicações e doenças dela decorrentes, não se configurando simples procedimento estético ou emagrecedor.*
10. *Em regra, a recusa indevida pela operadora de plano de saúde de cobertura médico-assistencial gera dano moral, porquanto agrava o sofrimento psíquico do usuário, já combatido pelas condições precárias de saúde, não constituindo, portanto, mero dissabor, insito às hipóteses correntes de inadimplemento contratual.*
11. *Há situações em que existe dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual, não podendo ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, a conduta de operadora que optar pela restrição de cobertura sem ofender, em contrapartida, os deveres anexos do contrato, tal qual a boa-fé, o que afasta a pretensão de compensação por danos morais.*

12. Recurso especial parcialmente provido.

(REsp 1.645.762/BA, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, j. 12/12/2017, DJe 18/12/2017 - sem destaque no original)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. 1. ALEGADA VIOLAÇÃO AO ART. 6º DA LICC. INSTITUTO DE NATUREZA CONSTITUCIONAL. 2. VIOLAÇÃO DOS ARTS. 165, 458 E 535 DO CPC/1973. INEXISTÊNCIA. 3. INOVAÇÃO RECURSAL. 4. NEGATIVA DE COBERTURA. INCIDÊNCIA DO CDC. FORNECIMENTO DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 100 U. MEDICAMENTO INDISPENSÁVEL AO TRATAMENTO DA SEGURADA. CLÁUSULA LIMITATIVA. ABUSIVIDADE. CONCLUSÃO DO ACÓRDÃO EM SINTONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. 5. AGRAVO IMPROVIDO.

1. "Inviável o conhecimento do Recurso Especial por violação do art. 6º da LICC, uma vez que os princípios contidos na Lei de Introdução ao Código Civil - direito adquirido, ato jurídico perfeito e coisa julgada -, apesar de previstos em norma infraconstitucional, são institutos de natureza eminentemente constitucional (art. 5º, XXXVI, da CF/1988)" (AgRg no REsp n. 1.402.259/RJ, Relator o Ministro Sidnei Beneti, DJe 12/6/2014).

2. Não ocorre violação aos arts. 165, 458 e 535 do CPC/1973 quando o julgador decide, como no caso examinado, a lide de forma fundamentada, indicando os motivos de seu convencimento, ainda que de forma contrária da pretendida pela parte.

3. É inviável a análise de tese alegada apenas no âmbito de agravo interno, uma vez que constitui inadmissível a inovação recursal.

4. Essa Corte possui orientação pacífica segundo a qual "é abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui do plano de saúde o custeio dos meios necessários ao melhor desempenho do tratamento" (AREsp n. 354.006/DF, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 12/8/2013). Incidência, no ponto, do óbice da Súmula 83/STJ. Além disso, o Colegiado estadual julgou a lide de acordo com a convicção formada pelos elementos fáticos existentes nos autos, concluindo pela injusta negativa de cobertura ao procedimento médico solicitado. Portanto, qualquer alteração nesse quadro demandaria o reexame de todo o conjunto probatório, o que é vedado a esta Corte ante o óbice da Súmula n. 7 do STJ.

4.1. Ressalte-se também que, nos termos da jurisprudência desta Corte, "os planos de saúde podem, por expressa disposição contratual, restringir as enfermidades a serem cobertas, mas não podem limitar os tratamentos a serem realizados, inclusive os medicamentos experimentais" (AgInt no AREsp 1.014.782/AC, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 17/8/2017, DJe 28/8/2017).

5. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 898.228/PR, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Terceira Turma, j. 17/10/2017, DJe 23/10/2017 - sem destaque no original)

Não se olvida da existência de precedente da Quarta Turma asseverando que a ausência de previsão no rol da ANS afasta a obrigação do plano de saúde de custear o tratamento.

A propósito:

PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, POR EXPRESSA DISPOSIÇÃO LEGAL E NECESSIDADE DE HARMONIZAÇÃO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. CARACTERIZAÇÃO COMO RELAÇÃO EXEMPLIFICATIVA. IMPOSSIBILIDADE. MUDANÇA DO ENTENDIMENTO DO COLEGIADO (OVERRULING). CDC. APLICAÇÃO, SEMPRE VISANDO HARMONIZAR OS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL E SEGURANÇA JURÍDICA. PRESERVAÇÃO. NECESSIDADE. RECUSA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO NÃO ABRANGIDO NO ROL EDITADO PELA AUTARQUIA OU POR DISPOSIÇÃO CONTRATUAL. OFERECIMENTO DE PROCEDIMENTO ADEQUADO, CONSTANTE DA RELAÇÃO 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.

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

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

Nesse sentido, confira-se:

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

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

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

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

4. *Aplicação do entendimento descrito no item 2, supra, às entidades de autogestão, uma vez que estas, embora não sujeitas ao Código de Defesa do Consumidor, não escapam ao dever de atender à função social do contrato.*

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

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

7. **AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.**

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

Seguindo, ainda, essa orientação:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA DE URGÊNCIA. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. NÃO OCORRÊNCIA. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE REALIZAÇÃO DE EXAME. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS. NATUREZA EXEMPLIFICATIVA. RECUSA DE COBERTURA INDEVIDA. SOBRESTAMENTO. NÃO CABIMENTO.

1. *Ação de obrigação de fazer.*

2. *Ausentes os vícios do art. 1.022 do CPC, rejeitam-se os embargos de declaração.*

3. *A despeito do entendimento da Quarta Turma em sentido contrário, a Terceira Turma mantém a orientação firmada há muito nesta Corte de que a natureza do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS é meramente exemplificativa, reputando, no particular, abusiva a negativa de procedimento prescrita para auxílio no tratamento de doença coberta pelo plano de saúde.*

4. *Considerando que não existe determinação de suspensão dos processos que versem sobre a questão em exame, não há que falar em sobrestamento do feito.*

5. *Agravo interno não provido.*

(AgInt no REsp 1.877.692/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, DJe 11/6/2021 - destacou-se)

AGRAVO INTERNO. RECURSO ESPECIAL (CPC/2015). DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO ANTINEOPLÁSICO PALBOCICLIBE (IBRANCE). RECUSA DE COBERTURA. ALEGAÇÃO DE NÃO ENQUATRAMENTO NA DIRETRIZ DE COBERTURA DA ANS. CARÁTER EXEMPLIFICATIVO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E DIRETRIZES DA ANS. JURISPRUDÊNCIA PACÍFICA DA TERCEIRA TURMA. FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE.

1. *Controvérsia pertinente à obrigatoriedade de cobertura do medicamento antineoplásico PALBOCICLIBE (IBRANCE) a paciente acometida de câncer de mama metastático, tendo havido recusa da operadora sob o fundamento de ausência de enquadramento do caso nas diretrizes de utilização previstas no rol de procedimentos mínimos da ANS.*

2. *Caráter exemplificativo do rol de procedimentos da ANS, na linha da jurisprudência pacífica desta TURMA, firmada com base na função social do contrato de plano de saúde.*

3. *Caso concreto em que a paciente se encontra acometida de doença*

oncológica grave e progressiva, de modo que a recusa genérica de cobertura (sem instauração de junta médica nos termos da RN ANS 424/2017) deixou a paciente padecendo à própria sorte no tratamento da doença, desatendendo assim à função social do contrato, segundo a linha de entendimento desta TURMA.

4. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

(AgInt no REsp 1.911.407/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Terceira Turma, DJe 24/5/2021 - destacou-se)

Logo, a decisão agravada, ao entender ser indevida a recusa da UNIMED em custear o tratamento requerido, encontra-se alinhado com a jurisprudência da Terceira Turma desta Corte.

(2) Da caracterização dos danos morais

Sobre o tema, é assente no STJ o entendimento segundo o qual a recusa ilegítima de cobertura de tratamento médico por parte do plano de saúde enseja danos morais quando ocasiona o agravamento da condição afliativa do paciente.

Nesse sentido:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA. DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS. SÚMULA 568/STJ.

1. A negativa administrativa ilegítima de cobertura para tratamento médico por parte da operadora de saúde só enseja danos morais na hipótese de agravamento da condição de dor, abalo psicológico e demais prejuízos à saúde já fragilizada do paciente. Precedentes.

2. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AgInt no REsp 1.899.443/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, DJe 19/8/2021 - destacou-se)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. SERVIÇO DE HOME CARE PRESCRITO PELO MÉDICO. RECUSA INDEVIDA À COBERTURA. DANO MORAL INDENIZÁVEL. ACÓRDÃO EM SINTONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA N. 83/STJ. VALOR INDENIZATÓRIO. FIXAÇÃO EM OBSERVÂNCIA AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E DA PROPORCIONALIDADE. SÚMULA N. 7/STJ. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. Não ocorre negativa de prestação jurisdicional quando o Tribunal de origem examina, de forma fundamentada, todas as questões que lhe foram submetidas, ainda que tenha decidido em sentido contrário à pretensão da parte. Nesse contexto, esta Corte já se manifestou no sentido de que não há "se confundir decisão contrária aos interesses da parte e negativa de prestação jurisdicional, nem fundamentação sucinta com ausência de fundamentação" (EDcl no AgRg nos EREsp 1.213.226/SC, Relator o Ministro Raul Araújo, Corte Especial, julgado em 24/10/2016, DJe 22/11/2016).

2. *É pacífica a jurisprudência deste Tribunal no sentido de ser abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (home care) como alternativa à internação hospitalar*
 3. *O dano moral se caracteriza diante da recusa injustificada pela operadora de plano de saúde à cobertura de despesas com serviço de internação domiciliar (home care) prescrito pelo médico, por agravar psicologicamente a situação e o espírito do beneficiário.*
 4. *O valor estabelecido pelas instâncias ordinárias a título de indenização por danos morais pode ser revisto tão somente nas hipóteses em que a condenação se revelar irrisória ou exorbitante, distanciando-se dos padrões de razoabilidade, o que não se evidencia no presente caso, de modo que a sua revisão encontra óbice na Súmula 7/STJ.*
 5. *Agravo interno improvido.*
- (AgInt no AREsp 1.856.163/RJ, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Terceira Turma, DJe 19/8/2021 - destacou-se)

No caso dos autos, a negativa de cobertura do tratamento foi ilícita e, de acordo como TJSP, soberano na apreciação das provas dos autos, ultrapassou a esfera do mero aborrecimento e causou dano moral à autora.

Por oportuno, transcreve-se uma vez mais:

Quanto ao pedido de indenização por danos morais, restou caracterizada a responsabilidade civil da ré.

A negativa da ré mostra-se totalmente abusiva e afronta a boa-fé objetiva que deve nortear o cumprimento dos contratos, colocando o consumidor em situação de vulnerabilidade, em especial em ocasião em que sua saúde se encontra debilitada. A recusa, que a operadora já sabia ser ilegal, inegavelmente prolongou o sofrimento da autora, causando-lhe dano moral.

[...]

Assim, restou configurado, na hipótese, dano moral indenizável, eis que a recusa injustificada caracteriza dano moral in re ipsa, inerente à própria conduta de violação do direito do paciente de realizar seu tratamento, o que enseja, em última análise, violação à sua integridade física e psíquica. Por outro lado, respeitadas judiciosas posições em sentido contrário, comungo da tese de ter a indenização por dano moral caráter educativo, punitivo e compensatório.

Ressalte-se que, não havendo norma legal que estabeleça os parâmetros da indenização por dano moral, imperioso seu arbitramento pelo Juízo, considerada a gravidade da lesão, suas nefastas consequências à autora e a condição econômica da ré, lembrando-se, entretanto, que a dor sofrida não pode, até mesmo em face do elevadíssimo significado do bem humano atingido, ser causa de enriquecimento (e-STJ, fls. 235/244 - sem destaques no original).

Conforme se nota, qualquer outra análise acerca da configuração do dano moral e consequente dever de reparação, da forma como trazida no recurso especial, necessitaria do reexame da matéria fático-probatória, o que é inviável nesta via, devido ao óbice da Súmula nº 7 do STJ.

Dessarte, mantém-se a decisão proferida, por não haver motivos para sua alteração.

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



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

AgInt nos EDcl no AgInt no AREsp 1.689.448 / SP

PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2020/0084484-5

Número de Origem:

1010264-70.2018.8.26.0344 10102647020188260344

Sessão Virtual de 16/11/2021 a 22/11/2021

Relator do AgInt nos EDcl no AgInt

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : UNIMED DE MARÍLIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO : MARINO MORGATO - SP037920

AGRAVADO : LAIS ALVES DE LIMA COSMI

ADVOGADO : ANA CAROLINA MACENO VILLARES DELPHINO - SP161420

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

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : UNIMED DE MARÍLIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO : MARINO MORGATO - SP037920

AGRAVADO : LAIS ALVES DE LIMA COSMI

ADVOGADO : ANA CAROLINA MACENO VILLARES DELPHINO - SP161420

TERMO

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

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino.

Brasília, 23 de novembro de 2021