



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 2004773 - MS (2022/0155429-0)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : CAIXA DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
ADVOGADOS : CLEBER TEJADA DE ALMEIDA - MS008931
ROSEMEIRE MACHADO STRUZIATO - MS015618
AGRAVADO : EVANDRO SERGIO DE SOUZA GONÇALES
AGRAVADO : ELAINE CRISTINA BRITO DE OLIVEIRA GONCALES
ADVOGADO : ADILAR JOSE BETTONI - MS007843

EMENTA

CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. MAMOPLASTIA. CARÁTER NÃO ESTÉTICO. INDICAÇÃO MÉDICA. RECUSA INDEVIDA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. No caso, a Corte local entendeu presentes os requisitos para possibilitar a concessão do procedimento cirúrgico à luz da Lei 9.656/98, sob o fundamento de que a recorrida sofre de hipertrofia mamária, apresentando quadro de lombociatalgia de forte intensidade, com frequentes diagnósticos de hérnias discais.

2. A Segunda Seção desta Corte Superior, no julgamento dos EREsp 1.925.051/SP, de relatoria do Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, julgados em 18/4/2024, decidiu que, "*comprovado o preenchimento dos critérios para flexibilização do rol da ANS definidos na nova lei, cabe ao plano de saúde fornecer tratamento não previsto no rol da ANS*".

3. Agravo interno a que se nega provimento.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 26/11/2024 a 02/12/2024, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros João Otávio de Noronha, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 05 de dezembro de 2024.

Ministro RAUL ARAÚJO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 2004773 - MS (2022/0155429-0)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
AGRAVANTE : CAIXA DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
ADVOGADOS : CLEBER TEJADA DE ALMEIDA - MS008931
ROSEMEIRE MACHADO STRUZIATO - MS015618
AGRAVADO : EVANDRO SERGIO DE SOUZA GONÇALES
AGRAVADO : ELAINE CRISTINA BRITO DE OLIVEIRA GONCALES
ADVOGADO : ADILAR JOSE BETTONI - MS007843

EMENTA

CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. MAMOPLASTIA. CARÁTER NÃO ESTÉTICO. INDICAÇÃO MÉDICA. RECUSA INDEVIDA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. No caso, a Corte local entendeu presentes os requisitos para possibilitar a concessão do procedimento cirúrgico à luz da Lei 9.656/98, sob o fundamento de que a recorrida sofre de hipertrofia mamária, apresentando quadro de lombociatalgia de forte intensidade, com frequentes diagnósticos de hérnias discais.

2. A Segunda Seção desta Corte Superior, no julgamento dos EREsp 1.925.051/SP, de relatoria do Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, julgados em 18/4/2024, decidiu que, "*comprovado o preenchimento dos critérios para flexibilização do rol da ANS definidos na nova lei, cabe ao plano de saúde fornecer tratamento não previsto no rol da ANS*".

3. Agravo interno a que se nega provimento.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo interno interposto por CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL - CASSEMS contra decisão desta Relatoria (fls. 805/808) que negou provimento ao recurso especial.

Em suas razões recursais, a parte agravante sustenta, em síntese, que "*não houve a COMPROVAÇÃO DA EXCEPCIONALIDADE do procedimento cirúrgico de redução de mamas, como por exemplo, restar comprovado que não seria necessário um procedimento cirúrgico para a correção da coluna da autora, conforme determinado no julgamento da Segunda Seção desta Corte Superior - nos Embargos de Divergência em REsp nº 1.886.929/SP (2020/0191677-6), entendeu ser taxativo, em regra, o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS), não estando as operadoras de saúde obrigadas a cobrirem tratamentos não previstos na lista*" (e-STJ, fls. 817/818).

Devidamente intimada, a parte agravada apresentou impugnação às fls. 854/868.

É o relatório.

VOTO

A insurgência não merece prosperar.

Como asseverado na decisão impugnada, na hipótese, a Corte de origem, afastando a taxatividade do rol da ANS, concluiu ser devida a cobertura do procedimento de redução de mama (caráter não estético), em razão da hipertrofia mamária que acomete a parte recorrida, como se infere do trecho abaixo transcrito:

"Noutro passo, quanto ao mérito recursal, tenho que as razões de apelo não merecem prosperar.

Restando incontroverso o contrato celebrado entre as partes, interessa ao caso que as indicações foram feitas pelos médicos especialistas, inexistindo comprovação do equívoco da recomendação inicial ter sido feita por médico ortopedista - consoante apontado no apelo.

Cediço que a operadora de plano de saúde e a relação contratual entabulada entre as partes estão sujeitas ao que dispõe a Lei 9.656/98 e demais dispositivos legais relativos à matéria, além das Súmulas e Resoluções normativas editadas pelo órgão regulamentar.

Conforme já expendido, a negativa da requerida foi feita fundamentando-se na ausência de cobertura contratual e no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Ocorre que insta observar que se admite "a possibilidade do contrato de plano de saúde conter cláusulas que limitem direitos do consumidor, desde que estas estejam redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão, nos termos do § 4º do artigo 54 do CDC". I Nessa direção, conclui-se que reputar-se-ia legítima a recusa apresentada pela operadora de plano de saúde desde que caracterizada que a cirurgia buscada pela apelada possuísse fins estéticos, caso em que a requerida não teria o dever de custeá-la.

Entretanto, não verificada a natureza estética, a legitimidade da recusa residiria na verificação de cláusula de exclusão de cobertura para o tratamento de patologia de coluna apresentado pela autora.

Em análise do que se verificou do caderno processual é que o procedimento pleiteado foi prescrito por Médico Especialista em Ortopedia que foi contundente em afirmar que "a paciente acima citada apresenta quadro frequente de lombociatalgia de forte intensidade, com diagnósticos de hérnias discais" (f. 15), quadro este decorrente de aumento de peso e de mamas. A referida prescrição foi acompanhada pelo médico cirurgião plástico (f. 16).

Ora, tais conclusões, foram de mais de um especialistas e respaldadas em exames anexados ao feito.

Dessa feita, a tese da apelada - de que a cirurgia solicitada não seria pertinente, ou mesmo que bastaria haver a adoção de um processo de emagrecimento para a redução de peso - está completamente dissociada do conteúdo probatório inserto aos autos. Não havendo nada que a corrobore.

(...) Dessa forma, não tendo a apelante demonstrado que a cirurgia em questão possui fins meramente estéticos, e não tendo comprovado que para o mal que acomete a autora, lombociatalgia de forte intensidade com diagnósticos de hérnias discais, há cláusula limitativa, excludente de cobertura, não há como a operadora se negar a realizar o tratamento específico prescrito para a autora." (e-STJ, fls. 575/576)

Irresignada, a operadora do plano de saúde interpôs recurso especial, sob o fundamento de que não está obrigada a custear o procedimento, porque não consta no rol da ANS.

Não se desconhece o entendimento firmado pela eg. Quarta Turma, por ocasião do julgamento do REsp 1.733.013/PR (Relator Ministro Luis Felipe Salomão, j. em 10/12/2019, DJe de 20/2/2020), acerca da limitação da responsabilidade das operadoras do plano de saúde em face do rol de procedimentos mínimos e obrigatórios da ANS. Todavia, o voto condutor do mencionado julgamento ressalva a possibilidade de, em situações excepcionais, reconhecidas em decisão fundamentada, ser possível que o juízo determine o fornecimento de cobertura considerada imprescindível.

Nesse mesmo sentido, posteriormente, a Segunda Seção do STJ, por ocasião do julgamento dos EREsp 1.886.929/SP e 1.889.704/SP (Relator Ministro Luis Felipe Salomão, julgados em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022), reafirmou o entendimento acima delineado, fixando as seguintes premissas que devem orientar a análise da controvérsia acerca da cobertura de tratamentos médicos pelos planos de saúde:

- 1) o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo;*
- 2) a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol;*
- 3) é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra Rol;*
- 4) não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que: (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como CONITEC e NATJUS) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.*

Logo em seguida, foi editada a Lei n. 14.454, de 21 de setembro de 2022, que dispôs sobre a alteração da Lei 9.656/98, para prever a possibilidade de cobertura de tratamentos não contemplados pelo rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, prevendo que o referido rol constitui apenas referência básica para os planos de saúde, e que a cobertura de tratamentos que não estejam previstos no rol deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde quando cumprir pelo menos uma das condicionantes previstas na lei. Confirma-se, a propósito, a nova redação da Lei 9.656/98, *in verbis*:

"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:

(...)

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais."

Nesse cenário, conclui-se que tanto a nova redação da Lei dos Planos de Saúde quanto a jurisprudência do STJ admitem a cobertura de procedimentos ou medicamentos não previstos no rol da ANS, desde que amparada em critérios técnicos, devendo a necessidade ser analisada caso a caso.

Verifica-se, portanto, que, conforme o contexto fático delineado pelo acórdão recorrido, era mesmo de rigor a cobertura do procedimento, seja porque demonstrada a urgência do tratamento e sua necessidade para a manutenção da vida saudável da beneficiária, seja porque preenchidos os requisitos exigidos pela jurisprudência do STJ e pela legislação em vigor para a cobertura do tratamento.

Ante o exposto, nego provimento ao agravo interno.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**AgInt no REsp 2.004.773 / MS
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2022/0155429-0

Número de Origem:

08013063520188120032

0801306352018812003250000

8013063520188120032

801306352018812003250000

Sessão Virtual de 26/11/2024 a 02/12/2024

Relator do AgInt

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : CAIXA DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE
MATO GROSSO DO SUL

ADVOGADOS : CLEBER TEJADA DE ALMEIDA - MS008931

ROSEMEIRE MACHADO STRUZIATO - MS015618

RECORRIDO : EVANDRO SERGIO DE SOUZA GONÇALES

RECORRIDO : ELAINE CRISTINA BRITO DE OLIVEIRA GONCALES

ADVOGADO : ADILAR JOSE BETTONI - MS007843

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : CAIXA DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MATO
GROSSO DO SUL

ADVOGADOS : CLEBER TEJADA DE ALMEIDA - MS008931

ROSEMEIRE MACHADO STRUZIATO - MS015618

AGRAVADO : EVANDRO SERGIO DE SOUZA GONÇALES

AGRAVADO : ELAINE CRISTINA BRITO DE OLIVEIRA GONCALES

ADVOGADO : ADILAR JOSE BETTONI - MS007843

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 26/11/2024 a 02/12/2024, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros João Otávio de Noronha, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 02 de dezembro de 2024