



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2336734 - SP (2023/0085869-3)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
AGRAVANTE : OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA
ADVOGADOS : MAURO VINÍCIUS SBRISSE TORTORELLI - SP151716
ANA MARIA DELLA NINA ESPERANÇA - SP285535
AGRAVADO : MARIA CANDIDA CORREIA AZEVEDO
ADVOGADO : RENATA VILHENA SILVA - SP147954

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL NÃO CONFIGURADA. CERCEAMENTO DE DEFESA NÃO VERIFICADO. REVISÃO DAS CONCLUSÕES DO ACÓRDÃO RECORRIDO. IMPOSSIBILIDADE. ÓBICE DA SÚMULA N. 7/STJ. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. APLICABILIDADE. REEMBOLSO. DESPESAS MÉDICAS. DEVER DE INFORMAÇÃO À PARTE SEGURADA ACERCA DAS CONDIÇÕES LIMITATIVAS DA AVENÇA. NÃO OBSERVÂNCIA. REVISÃO DO JULGADO. INVIABILIDADE. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 5 E 7/STJ. NEGATIVA DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. Não ocorre negativa de prestação jurisdicional quando o Tribunal de origem examina, de maneira fundamentada, todas as questões que lhe foram submetidas, ainda que tenha decidido de forma contrária à pretensão da parte. Nesse contexto, esta Corte já se manifestou no sentido de que não há se confundir decisão divergente aos interesses da parte e negativa de prestação jurisdicional, nem fundamentação sucinta com ausência de fundamentos.

2. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça dispõe que não configura cerceamento de defesa o julgamento da causa sem a produção da prova solicitada pela parte, quando devidamente fundamentado e demonstrado pelas instâncias de origem que o feito se encontrava suficientemente instruído, afirmando-se, assim, a presença de dados bastantes à formação do seu convencimento.

3. Com relação à aplicabilidade da Lei n. 9.656/1998 aos contratos anteriores à sua vigência e não adaptados, a jurisprudência desta Corte Superior orienta que, "mesmo em se tratando de planos e seguros privados de assistência à saúde celebrados antes da vigência da Lei 9.656/98 (e não adaptados ao novel regime), as controvérsias jurídicas instauradas entre operadoras e usuários são solucionadas à luz do Código de Defesa do Consumidor, o qual alcança, inclusive, contratos que lhe sejam anteriores, por refletirem obrigações de trato sucessivo" (AgInt no AREsp 1.925.946/SP, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 29/11/2021, DJe 1º/12/2021).

4. No presente caso, para se alterar o decidido no acórdão impugnado, a fim de considerar válida a limitação dos valores de reembolso prevista em contrato, tal como pretende a agravante, seria necessário o reexame de fatos e provas dos autos e a interpretação de cláusulas contratuais, o que é vedado em recurso especial pelas Súmulas 5 e 7/STJ.

5. Segundo a jurisprudência pacífica do Superior Tribunal de Justiça, é considerada abusiva a cláusula que exclui da cobertura do plano de saúde órteses, próteses e materiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico a que se submete o consumidor.

6. Agravo interno improvido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 22/08/2023 a 28/08/2023, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Nancy Andrichi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva.

Brasília, 28 de agosto de 2023.

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2336734 - SP (2023/0085869-3)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
AGRAVANTE : OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA
ADVOGADOS : MAURO VINÍCIUS SBRISSE TORTORELLI - SP151716
ANA MARIA DELLA NINA ESPERANÇA - SP285535
AGRAVADO : MARIA CANDIDA CORREIA AZEVEDO
ADVOGADO : RENATA VILHENA SILVA - SP147954

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL NÃO CONFIGURADA. CERCEAMENTO DE DEFESA NÃO VERIFICADO. REVISÃO DAS CONCLUSÕES DO ACÓRDÃO RECORRIDO. IMPOSSIBILIDADE. ÓBICE DA SÚMULA N. 7/STJ. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. APLICABILIDADE. REEMBOLSO. DESPESAS MÉDICAS. DEVER DE INFORMAÇÃO À PARTE SEGURADA ACERCA DAS CONDIÇÕES LIMITATIVAS DA AVENÇA. NÃO OBSERVÂNCIA. REVISÃO DO JULGADO. INVIABILIDADE. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 5 E 7/STJ. NEGATIVA DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. Não ocorre negativa de prestação jurisdicional quando o Tribunal de origem examina, de maneira fundamentada, todas as questões que lhe foram submetidas, ainda que tenha decidido de forma contrária à pretensão da parte. Nesse contexto, esta Corte já se manifestou no sentido de que não há se confundir decisão divergente aos interesses da parte e negativa de prestação jurisdicional, nem fundamentação sucinta com ausência de fundamentos.

2. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça dispõe que não configura cerceamento de defesa o julgamento da causa sem a produção da prova solicitada pela parte, quando devidamente fundamentado e demonstrado pelas instâncias de origem que o feito se encontrava suficientemente instruído, afirmando-se, assim, a presença de dados bastantes à formação do seu convencimento.

3. Com relação à aplicabilidade da Lei n. 9.656/1998 aos contratos anteriores à sua vigência e não adaptados, a jurisprudência desta Corte Superior orienta que, "mesmo em se tratando de planos e seguros privados de assistência à saúde celebrados antes da vigência da Lei 9.656/98 (e não adaptados ao novel regime), as controvérsias jurídicas instauradas entre operadoras e usuários são solucionadas à luz do Código de Defesa do Consumidor, o qual alcança, inclusive, contratos que lhe sejam anteriores, por refletirem obrigações de trato sucessivo" (AgInt no AREsp 1.925.946/SP, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 29/11/2021, DJe 1º/12/2021).

4. No presente caso, para se alterar o decidido no acórdão impugnado, a fim de considerar válida a limitação dos valores de reembolso prevista em contrato, tal como pretende a agravante, seria necessário o reexame de fatos e provas dos autos e a interpretação de cláusulas contratuais, o que é vedado em recurso especial pelas Súmulas 5 e 7/STJ.

5. Segundo a jurisprudência pacífica do Superior Tribunal de Justiça, é considerada abusiva a cláusula que exclui da cobertura do plano de saúde órteses, próteses e materiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico a que se submete o consumidor.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo interno interposto por **Omint Serviços de Saúde Ltda.** em contrariedade à decisão proferida por esta relatoria, assim ementada (e-STJ, fl. 412):

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO CONFIGURADA. CERCEAMENTO DE DEFESA. NÃO VERIFICADO. REVISÃO DAS CONCLUSÕES DO ACÓRDÃO RECORRIDO. IMPOSSIBILIDADE. ÓBICE DA SÚMULA N. 7 DO STJ. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. APLICABILIDADE. REEMBOLSO. DESPESAS MÉDICAS. DEVER DE INFORMAÇÃO À PARTE SEGURADA ACERCA DAS CONDIÇÕES LIMITATIVAS DA AVENÇA. NÃO OBSERVÂNCIA. REVISÃO DO JULGADO. INVIABILIDADE. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 5 E 7/STJ. NEGATIVA DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. AGRAVO CONHECIDO PARA CONHECER EM PARTE DO RECURSO ESPECIAL E, NESSA EXTENSÃO, NEGAR-LHE PROVIMENTO.

Em suas razões (e-STJ, fls. 428-436), a agravante alega a ocorrência de negativa de prestação jurisdicional por parte do Tribunal de origem, pois deixou de apreciar matéria relevante que levaria a um resultado diferente na demanda.

Salienta, ainda, a inaplicabilidade do óbice sumular n. 7/STJ, tendo em vista que a análise acerca da existência de cerceamento de defesa não implica revolvimento de fático-probatório, mas, tão somente, reavaliação jurídica dos fatos incontroversos acostados aos autos.

Destaca, ademais, que, "ao aplicar a Lei 9.656/98 ao presente caso, mesmo sendo incontroverso que o contrato firmado pelas partes é anterior à sua vigência, houve verdadeira afronta à autoridade da decisão vinculante emanada do colendo STF, no sentido de que as normas da Lei 9.656/98 não incidem para os contratos firmados anteriormente à sua vigência (Tema 123)" (e-STJ, fl. 434).

Salienta, outrossim, que não incidem ao caso os enunciados n. 5 e 7 da Súmula do Superior Tribunal de Justiça, uma vez que não há a exigência de se interpretar as cláusulas contratuais ou reexame do contexto fático-probatório dos autos.

Defende, no mais, que não há entendimento pacificado nesta Corte Superior a respeito da cobertura de órteses, próteses e materiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico de beneficiário de plano de saúde contratado anteriormente à vigência da Lei n. 9.656/1998.

Requer, por fim, a reconsideração da decisão monocrática ou sua reforma pela Turma julgadora.

Impugnação apresentada (e-STJ, fls. 441-450).

É o relatório.

VOTO

O recurso não comporta provimento, porquanto as razões expendidas são insuficientes para a reconsideração da decisão impugnada.

Nos fundamentos expostos na decisão agravada, não ficou constatada a alegada negativa de prestação jurisdicional.

Em relação ao tema, cumpre enfatizar que, segundo orientação jurisprudencial vigente no Superior Tribunal de Justiça, não há falar em omissão, contradição, obscuridade ou erro material, nem em deficiência na fundamentação, quando o acórdão recorrido está adequadamente motivado com base na aplicação do direito considerado cabível ao caso concreto, pois o mero inconformismo da parte com a solução da controvérsia não pode ser considerado como deficiência na prestação jurisdicional.

Na mesma linha de cognição:

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. AUSÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. OBJETIVO DE REFORMA DA DECISÃO. INADEQUAÇÃO. TERCEIRO INTERESSADO. EQUIPARAÇÃO AO ASSISTENTE. ASSESSORIEDADE.

1. Os embargos de declaração objetivam sanar eventual existência de obscuridade, contradição, omissão e/ou erro material no julgado (CPC, art. 1022), sendo inadmissível a oposição para rediscutir questões tratadas e devidamente fundamentadas na decisão embargada, mormente porque não são cabíveis para provocar novo julgamento da lide.

2. O terceiro possui legitimidade para recorrer de decisão judicial quando não é parte, mas, para tanto, deve ter interesse jurídico no processo e atuará de forma análoga ao assistente.

3. A assistência simples segue o regime da acessoriedade, cessando se o assistido não recorre. Precedentes.

4. Embargos de declaração rejeitados.

(EDcl no REsp 1909451/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 11/04/2022, DJe 19/04/2022)

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. ERRO MATERIAL. OCORRÊNCIA. OMISSÃO. AUSÊNCIA.

1- Os embargos de declaração objetivam sanar eventual existência de obscuridade, contradição, omissão e/ou erro material no julgado (CPC, art. 1022), sendo inadmissível a oposição para rediscutir questões tratadas e

devidamente fundamentadas na decisão embargada, mormente porque não são cabíveis para provocar novo julgamento da lide.

2- Assiste razão à embargante ante a existência de erro material no acórdão recorrido, pois em seu dispositivo divergência entre o valor dos honorários indicado por extenso e o valor dos honorários indicado em algarismos arábicos, devendo prevalecer o primeiro.

3- Embargos de declaração parcialmente acolhidos apenas para correção de erro material.

(EDcl no REsp 1961480/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 22/03/2022, DJe 07/04/2022)

Na espécie, verifica-se que o Tribunal *a quo* se manifestou de forma expressa e fundamentada acerca da controvérsia, com a aplicação do direito que entendeu cabível à hipótese.

Portanto, apresentando a Corte local os fundamentos necessários para a solução da causa, não há falar em afronta ao art. 1.022, II, do CPC/2015.

A propósito:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATOS DE EMPRÉSTIMO C/C REPETIÇÃO DE INDÉBITO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. PRECLUSÃO CONSUMATIVA DE MATÉRIA DE ORDEM PÚBLICA. POSSIBILIDADE. NÃO CONFIGURAÇÃO NA ESPÉCIE. OBSERVÂNCIA DOS LIMITES DA LIDE. PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO REVISIONAL. TERMO INICIAL. ASSINATURA DO CONTRATO. HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS. BASE DE CÁLCULO. PROVEITO ECONÔMICO.

(...)

3. Não ocorre ofensa aos arts. 489 e 1.022 do CPC quando o Tribunal de origem, aplicando o direito que entende cabível à hipótese, examina fundamentada e expressamente todos os pontos relevantes para a solução da controvérsia, ainda que de forma distinta daquela pretendida pela parte.

(...)

7. Recurso especial conhecido e parcialmente provido.

(REsp n. 1.986.909/RS, relatora Ministra Nancy Andrigli, Terceira Turma, julgado em 28/2/2023, DJe de 2/3/2023.)

No tocante à preliminar de cerceamento de defesa, consoante assinalado anteriormente, o Tribunal de origem não reconheceu a sua ocorrência, por entender que o Juízo de origem, destinatário do conjunto probatório dos autos, atestou a suficiência das provas para a solução do litígio, consignando os seguintes fundamentos (e-STJ, fls. 304-305):

De plano, não vinga a preliminar de cerceamento de defesa.

Isto porque o conjunto probatório produzido pelas partes nas oportunidades processuais que tiveram mostra-se suficiente à resolução do mérito.

O agora pretendido elastério probatório caracterizaria violação do binômio

necessidade/utilidade (art. 370 do CPC), do que emerge sua impertinência. A hipótese era, portanto, permissiva de julgamento de plano, adequando-se aos termos do art. 355, inciso I, do CPC.

Há que se ressaltar, ademais, que a operadora não trouxe início de prova que aponte para a irregularidade das médicas, bem como a alegada inexistência de registro.

Delongar a solução da causa seria, portanto, colaborar com maior lentidão na efetiva prestação jurisdicional, de modo a fomentar a negativa de eficácia ao princípio constitucional da duração razoável do processo (art. 5º, inciso LXXVIII, da CF; art. 4º do CPC), malbaratando-se a economia processual.

Afasto, pois, tal temática.

Com efeito, de acordo com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, não configura cerceamento de defesa o julgamento da causa sem a produção da prova solicitada pela parte, quando devidamente fundamentado e demonstrado pelas instâncias de origem que o feito se encontrava suficientemente instruído, afirmando-se, assim, a presença de dados bastantes à formação do seu convencimento.

Os princípios da livre admissibilidade da prova e da persuasão racional autorizam o julgador a determinar as provas que entende necessárias à solução da controvérsia, assim como o indeferimento daquelas que considerar prescindíveis ou meramente protelatórias.

A produção probatória se destina ao convencimento do julgador e, sendo assim, pode o juiz rejeitar a produção de determinadas provas, em virtude da irrelevância para a formação de sua convicção.

Nessa linha de cognição:

DIREITO PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE CIVIL. PROTESTO. DUPLICATA SEM ACEITE. SERVIÇO NÃO PRESTADO. COMPROVAÇÃO. INDENIZAÇÃO. RAZOABILIDADE. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO PROBATÓRIO DOS AUTOS. INADMISSIBILIDADE. CERCEAMENTO DE DEFESA. NÃO OCORRÊNCIA. DECISÃO MANTIDA.

1. O recurso especial não comporta exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos e interpretação de cláusulas contratuais (Súmulas n. 7 do STJ).

2. No caso concreto, o Tribunal de origem, a partir da análise dos elementos de prova, concluiu que o serviço não foi prestado. Entender de modo contrário implicaria reexame da matéria fática e do ajuste celebrado, o que é vedado em recurso especial.

3. "Não configura cerceamento de defesa o julgamento antecipado da lide quando o julgador entende adequadamente instruído o feito, declarando a prescindibilidade da prova testemunhal com base na suficiência da prova documental apresentada" (AgInt no AREsp 1782370/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 17/05/2021, DJe 18/06/2021).

4. A Súmula n. 7 do STJ somente pode ser afastada, para a revisão do valor da indenização por dano moral, quando houver desproporcionalidade, o que

não se verificou nos autos.

5. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp 1.843.305/GO, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 20/9/2021, DJe 23/9/2021)

Assim sendo, infirmar o entendimento alcançado pelo acórdão recorrido com base nos elementos de convicção juntados aos autos, a fim de se concluir pela imprescindibilidade de produção de outras provas, tal como busca a parte insurgente, esbarraria no enunciado n. 7 da Súmula do Superior Tribunal de Justiça.

Já no que concerne à aplicabilidade da Lei n. 9.656/1998 aos contratos anteriores à sua vigência e não adaptados, a jurisprudência desta Corte Superior orienta que, "mesmo em se tratando de planos e seguros privados de assistência à saúde celebrados antes da vigência da Lei 9.656/98 (e não adaptados ao novel regime), as controvérsias jurídicas instauradas entre operadoras e usuários são solucionadas à luz do Código de Defesa do Consumidor, o qual alcança, inclusive, contratos que lhe sejam anteriores, por refletirem obrigações de trato sucessivo" (AgInt no AREsp 1.925.946/SP, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 29/11/2021, DJe 1º/12/2021).

À guisa de exemplo:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA DA DEMANDADA.

1. Violação ao artigo 1.022 do NCPC não configurada. Acórdão estadual que enfrentou todos os aspectos essenciais à resolução da controvérsia de forma ampla e fundamentada, manifestando-se sobre as teses apresentadas pelas partes, sem qualquer vício. Consoante entendimento desta Corte, não importa negativa de prestação jurisdicional o acórdão que adota para a resolução da causa fundamentação suficiente, porém diversa da pretendida pela parte recorrente, decidindo de modo integral a controvérsia posta.

Precedentes.

2. "Embora a Lei 9.656/98 não retroaja aos contratos celebrados antes de sua vigência, é possível aferir a abusividade de suas cláusulas à luz do Código de Defesa do Consumidor, ainda que tenham sido firmados antes mesmo de seu advento" (AgRg no REsp 1.260.121/SP, Relator Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/11/2012, DJe 6/12/2012). Incidência das Súmulas 5, 7 e 83 do STJ no que toca à configuração do dever de cobertura.

3. Conforme entendimento desta Corte, a recusa indevida de cobertura, pela operadora de plano de saúde, nos casos de urgência ou emergência, enseja reparação a título de dano moral, em razão do agravamento ou aflição psicológica ao beneficiário, ante a situação vulnerável em que se encontra. Precedentes. Súmulas 7 e 83/STJ.

4. Este Tribunal Superior possui entendimento no sentido de que é ônus do impugnante comprovar a suficiência econômico-financeira do beneficiário da

justiça gratuita. Incidência da Súmula 83/STJ.

5. Interpostos dois recursos pela mesma parte contra a mesma decisão, não se conhece daquele apresentado em segundo lugar, por força do princípio da unirrecorribilidade e da preclusão consumativa.

6 . Agravo interno de fls. 459-465, e-STJ, desprovido. Agravo interno de fls. 467-473, e-STJ, não conhecido.

(AgInt no REsp n. 1.983.899/MG, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 3/4/2023, DJe de 11/4/2023.)

PROCESSUAL CIVIL. CONTRATOS. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. HEMODIÁLISE E OXIGENOTERAPIA. ABUSO. DANOS MORAIS. DIMINUIÇÃO. REEXAME DE CONTEÚDO FÁTICO-PROBATÓRIO. INADMISSIBILIDADE. DECISÃO MANTIDA.

1. O recurso especial não comporta exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos (Súmulas n. 5 e 7 do STJ).

2. O Tribunal de origem, com base em normas do CDC, considerou indevida a negativa de cobertura para tratamento de hemodiálise e oxigenoterapia, porque "a seguradora sequer menciona suposta cláusula contratual de exclusão dos tratamentos solicitados", e porque eventual cláusula seria "nula de pleno direito, uma vez que acaba por restringir direito inerente à natureza do contrato, qual seja, preservação da vida do segurado, o que fere o princípio da vulnerabilidade contido no Código de Defesa do Consumidor" (e-STJ fls. 278/279).

3. Rever a conclusão da Corte de origem quanto à existência de dano moral decorrente da gravidade do fato, bem como em relação à alegada licitude da negativa de cobertura, exigiria o reexame dos fatos e das provas dos autos, bem como nova interpretação dos termos pactuados, o que esbarra nas Súmulas n. 5 e 7 o STJ.

4. "Esta Corte Superior possui pacífica jurisprudência, no sentido de que, mesmo em se tratando de planos e seguros privados de assistência à saúde celebrados antes da vigência da Lei 9.656/98 (e não adaptados ao novel regime), as controvérsias jurídicas instauradas entre operadoras e usuários são solucionadas à luz do Código de Defesa do Consumidor, o qual alcança, inclusive, contratos que lhe sejam anteriores, por refletirem obrigações de trato sucessivo" (REsp 2.005.439/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, decisão publicada em 1º/7/2022).

5. "O Superior Tribunal de Justiça possui entendimento de que o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura. Desse modo, entende-se ser abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, medicamento ou procedimento imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário" (AgInt no AREsp n. 1.577.124/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 20/4/2020, DJe de 4/5/2020).

6. "A indenização por danos morais fixada em quantum sintonizado aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade não enseja a possibilidade de interposição do recurso especial, dada a necessidade de exame de elementos de ordem fática, cabendo sua revisão apenas em casos de manifesta excessividade ou irrisoriedade do valor arbitrado, o que não se

evidencia no presente caso.

Incidência da Súmula 7 do STJ" (AgInt no AREsp 1.722.400/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 15/12/2020, DJe 17/12/2020).

7. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no REsp n. 1.963.072/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 29/8/2022, DJe de 31/8/2022.)

CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE COBRANÇA OBJETIVANDO O REEMBOLSO DE VALORES DESPENDIDOS COM A REALIZAÇÃO DE EXAME E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. APLICAÇÃO RETROATIVA DA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE. NÃO OCORRÊNCIA. QUESTÃO SOLUCIONADA COM APOIO EM NORMAS CONSUMERISTAS. INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULA CONTRATUAL E REEXAME DE PROVAS. DESCABIMENTO. APLICAÇÃO DAS SÚMULAS N.os 5 E 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. Aplica-se o NCPC a este julgamento 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. Embora as disposições da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, não retroajam para atingir contratos celebrados antes de sua vigência (quando não adaptados ao novel regime), a eventual abusividade das cláusulas pode ser aferida à luz do Código de Defesa do Consumidor. Assim, não há falar em aplicação retroativa da Lei dos Planos de Saúde ao caso.

3. Alterar a conclusão do Tribunal local quanto a ausência de informações claras acerca das limitações do contrato, exige a interpretação de cláusulas contratuais e o reexame das circunstâncias fáticas da causa, o que encontra óbice nas Súmulas nºs 5 e 7 do STJ.

4. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo interno 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.

(AgInt no AgInt no AREsp n. 2.029.387/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 27/6/2022, DJe de 29/6/2022.)

No que concerne à negativa de reembolso dos valores despendidos para tratamento médico, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo dirimiu a controvérsia sob os seguintes aspectos (e-STJ, fls. 310-321):

Do exame dos autos, tem-se que a autora, atualmente com 87 anos (fls. 20), é beneficiária do seguro-saúde ofertado pela operadora de saúde (fls. 24/25). Em 23/09/20, após sofrer queda da própria altura, foi encaminhada ao Hospital Sírio Libanês, sendo diagnosticada com fratura periprotética do fêmur do lado direito (fls. 40).

Em razão da gravidade do quadro, foi submetida a cirurgia ortopédica no

referido nosocômio, com implantação de prótese, permanecendo internada até 14/10/20(fls. 42).

Entretanto, após solicitar o reembolso das despesas havidas em função da internação e do procedimento cirúrgico, adveio a parcial negativa da operadora de saúde, remanescendo para pagamento os valores de R\$36.205,49, a título de gastos hospitalares, e R\$13.095,23 a título de honorários médicos (fls. 47/49 e 62).

Face ao reembolso parcial das despesas, a requerente persegue agora o reembolso integral.

Pois bem.

O ponto nodal do apelo converge, pois, para a obrigação de custeio das despesas médico-hospitalares pela seguradora, de forma integral.

Com efeito, não se discute a imprescindibilidade do tratamento médico prescrito à requerente, sobretudo diante de seu delicado quadro de saúde.

Restara incontroverso (art. 374, III, do CPC), pois, que a utilização da prótese prescrita se mostrou adequada e necessária, para a fixação da fratura.

A operadora de saúde, aliás, sequer questiona as circunstâncias da prescrição médica, tampouco se o tratamento era ou não imprescindível para salvaguardar a vida e a saúde do segurado, cingindo-se a propugnar que não há previsão contratual à respectiva cobertura (próteses e órteses), tampouco ao reembolso pleiteado.

A aludida negativa, contudo, não prospera e não deve convalidar-se, dado que a escolha do método mais adequado ao paciente, inclusive com a utilização dos materiais pertinentes, compete exclusivamente ao profissional médico, de acordo com o procedimento a ser realizado e considerando as particularidades do caso concreto, sendo inadmissível a interferência da seguradora.

Como cediço, a contratação de plano de saúde visa à recuperação/preservação da saúde e da vida dos segurados.

Nessa medida, ao negar-se a custear os materiais destinados a atenuar e a não permitir o agravamento do quadro clínico do autor, a operadora de saúde incorreria em flagrante violação ao direito subjetivo à saúde e ao princípio fundamental da dignidade da pessoa humana.

De mais a mais, evidenciada a concreta necessidade das intervenções cirúrgicas não deve a prestadora de serviços de assistência médica interferir na indicação médica.

(...)

Marque-se, ainda, que não há que se falem ausência de cobertura dos procedimentos e materiais utilizados e fornecidos ao recorrente, uma vez que tais são indissociáveis do tratamento necessitado, não havendo que se falar em negativa de cobertura do procedimento cirúrgico.

A prótese prescrita, assim, é consectário lógico e indispensável do próprio tratamento médico, não havendo outro que a substitua, motivo pelo qual é inaplicável a prescrição legal do art. 10, VII da Lei de Planos de Saúde. Afastadas essas hipóteses, a abrangência é irrecusável.

Noutro ponto, em igualdade, não há lastro legal para a legitimidade de exclusão contratual.

Trata-se de exclusão que tem o condão de amputar a própria garantia que é inerente da avença. Caracteriza-se, tanto por tanto, cláusula manifestamente abusiva, a qual fere o princípio da hipervulnerabilidade do consumidor (art.

4º, caput e inciso I), em nítido menoscabo à equidade (art. 7º, caput).

Além disso, a filosofia do CDC está alinhada com o senso interpretativo das cláusulas contratuais deve dar-se da maneira mais favorável ao consumidor (art. 47), detalhe legal que se adequa à espécie, na qual a aludida exclusão significa iniquidade e da desvantagem exagerada contra o consumidor (art. 51, § 1º, inciso IV).

Exegese contrária, com todo respeito, implica na concreta inutilidade do negócio protetivo.

(...)

Assim, resta evidente que a recusa da ré em custear o material prescrito pelo médico implica privar os segurados do tratamento mais adequado ao restabelecimento de seu quadro de saúde, o que configura restrição de direito fundamental inerente ao contrato.

(...)

Na linha dos precedentes colacionados, restara evidente que a recusa engendrada pela ré configura restrição de direito fundamental inerente à avença firmada.

No mais, é certo que a apelada não nega que o plano de saúde abrangia a cobertura para os procedimentos adotados, cingindo-se a negativa de restituição integral dos honorários médicos e despesas hospitalares ao fato de que, por se tratar de apólice de seguro na modalidade “livre escolha”, o reembolso deve ocorrer dentro dos limites do contrato.

O item “B” da Cláusula X do contato dispõe que os valores máximos de reembolso serão calculados com base em fórmula, que toma por base a quantidade de “USOs”, correspondente ao procedimento descrito no respectivo recibo, multiplicando-se pelo coeficiente do plano contratado, conforme se depreende da tabela coligida à defesa (fls. 107/108e 159).

Com efeito, o seguro saúde diferencia-se do plano de saúde por ter como regra o reembolso de despesas, possibilitando a livre escolha de médicos e hospitais.

O instrumento contratual prevê expressamente a possibilidade de “livre escolha” dos profissionais médicos, mediante reembolso.

Consoante delineado, verifica-se que a cláusula contratual referente ao pagamento ou reembolso de despesas atinentes à internação é clara e objetiva, determinando que todas as despesas ali elencadas serão cobertas, com exceção daquelas destacadas no Capítulo XI do contrato.

No entanto, melhor sorte não tem a operadora de saúde no que tange à cláusula contratual que limita o reembolso dos honorários médicos, não sendo clara acerca do valor a ser efetivamente reembolsado.

A disposição contratual não estabelece um critério objetivo para o cálculo do valor reembolsável, cingindo-se a referir que tal observará as unidades de reembolso de seguro e a tabela de honorários médicos hospitalares.

A abusividade advém da adoção de critérios de reembolso obscuros e desprovidos de clareza, a dificultar sua compreensão e a afrontar o dever de informação previsto no artigo 6º, inciso III, do CDC, o que, ordinária e necessariamente, implica em desequilíbrio contratual.

Com efeito, a referência feita aos coeficientes das tabelas adotadas pela seguradora, não evidencia de maneira clara, ao entendimento do consumidor em geral, a fórmula de cálculo adotada para a restituição, possibilitando toda sorte de abusos.

Ora, além disso, a ré não apresentou argumentação esclarecedora quanto

ao valor a ser reembolsado, tampouco solicitou a produção de prova pericial, ônus processual que lhe pertencia (art. 375, II do CPC).

Observa-se que a operadora de saúde não informa com a objetividade necessária o cálculo que leva ao resultado do valor restituível, relegando ao seu exclusivo critério a fixação, sem que guarde relação com os preços realmente praticados.

Não é possível concluir a origem, base de cálculo, valores da USOs, daí porque, ante a ausência de informação clara e precisa acerca das limitações contratuais, deve-se reconhecer a procedência da ação.

Não é demais marcar que o dispositivo contratual que disciplina o reembolso contém forte carga de potestatividade e de abusividade, considerando que está redigido sem nenhum destaque, sem a clareza, a legibilidade e a ostensividade exigidas (fls. 159), em nítida afronta ao disposto no artigo 54, §§ 3º e 4º, do CDC.

Em adição, o próprio documento de fls.50/60, encaminhado à autora, não contém o cálculo dos valores de reembolso.

Prevalecem, ademais, o princípio da vulnerabilidade do consumidor (art. 4º, I, CDC) e a interpretação das cláusulas contratuais da maneira que lhe seja mais favorável (art. 47, CDC).

Releva ponderar que a contratação de plano de saúde visa à recuperação/preservação da saúde e da vida dos segurados.

Assim, uma vez definido o objeto do contrato, ressaí a abusividade da negativa à cobertura de procedimento imprescindível para o restabelecimento da saúde da paciente, ainda que realizado por médicos não integrantes da rede conveniada da ré.

(...)

Assim, resta evidente que a negativa de reembolso manifestada implica privar a beneficiária do tratamento adequado à reversão de seu crítico quadro clínico, o que configura restrição de direito fundamental inerente ao contrato.

Exegese contrária, além de servir de estímulo à má prestação dos serviços, implica na concreta inutilidade do negócio protetivo.

Acresça-se que o contrato, mormente aqueles que interferem sobre valores existenciais, tal e qual o plano de saúde e, sobretudo no século XXI, é e deve ser instrumento de colaboração entre os contraentes.

(...)

Deve haver, pois, comunicação e cooperação entre as partes contratantes, o que, se presente, fará levantar naturalmente a confiança e a lealdade de um em face do outro.

Por isso, ENZO ROPPO pontua que o contrato está sendo relançado e tem fortalecido o seu papel de instrumento de mediação social (O contrato, Almedina, 1988, p. 337).

Em todo o contexto hodierno, a conduta da prestadora dá as costas à função social do contrato (art. 421 do CC).

Não merece aplauso.

A recusa, pois, é manifestamente abusiva, devendo a operadora de saúde custear os procedimentos e materiais cirúrgicos, bem como os honorários médicos dos profissionais.

(...)

Em suma, reputa-se abusiva a negativa de reembolso integral das despesas cirúrgicas e dos honorários médicos, razão pela qual a pretensão deduzida

na inicial há de ser acolhida, devendo ser mantida a r. sentença em sua integralidade.

Da leitura dos trechos acima transcritos, observa-se que o Tribunal estadual entendeu que a operadora do plano de saúde deve reembolsar o valor integral das despesas médicas efetuadas pelo segurado, porque considerou abusiva a cláusula limitativa contratual. Asseverou, ainda, que o reembolso deve ser realizado de acordo com as cláusulas contratuais estabelecidas entre as partes, acrescentando que não houve comprovação da prestação de informações claras e adequadas ao consumidor necessárias à compreensão do método adotado para limitar os valores de eventuais reembolsos devidos na forma estabelecida no contrato firmado.

Essas ponderações foram extraídas de fatos, provas e termos contratuais, atraindo os óbices das Súmulas 5 e 7/STJ, que incidem sobre ambas as alíneas do permissivo constitucional. Revisando o caderno processual, nota-se que a parte não pretende a mera qualificação jurídica do acervo fático-probatório, mas sim sua efetiva reapreciação, o que é vedado a este Superior Tribunal em virtude dos citados verbetes sumulares.

Ilustrativamente:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO INDENIZATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO APELO. INSURGÊNCIA DA PARTE REQUERIDA.

1. As questões postas em discussão foram dirimidas pelo Tribunal de origem de forma suficiente, fundamentada e sem omissões, devendo ser afastada a alegada violação ao artigo 1022 do CPC/15.

2. A subsistência de fundamento inatacado apto a manter a conclusão do acórdão impugnado, impõe o desprovidimento do apelo. Incidência da Súmula 283 do STF.

2.1. Rever as conclusões do Tribunal de piso quanto ao custeio integral das despesas médicas, uma vez que não suficientemente clara a cláusula com previsão de reembolso ao segurado, demandaria a análise de cláusulas do contrato original firmado entre as partes e das peculiaridades fáticas do tratamento pleiteado, o que encontraria óbice nas Súmulas 5 e 7 do STJ.

3. O afastamento da convicção formada nas instâncias ordinárias quanto à configuração do dano moral, bem como em relação ao valor arbitrado, encontra óbice na Súmula 7/STJ.

4. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp n. 2.174.114/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 6/3/2023, DJe de 10/3/2023.)

AGRAVO INTERNO. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO CIRÚRGICO. COBERTURA. PRÓTESE/ÓRTESE. CUSTEIO. OBRIGATORIEDADE. REVISÃO. INVIABILIDADE. REEXAME CONTRATUAL E FÁTICO-PROBATÓRIO. ENUNCIADOS 5 E 7 DA SÚMULA DO STJ. ENTENDIMENTO ADOTADO NESTA CORTE. VERBETE

83 DA SÚMULA DO STJ. ACÓRDÃO EM HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83 DO STJ.

1. A jurisprudência desta Corte Superior firmou posicionamento no sentido de que "a lei estabelece que as operadoras de plano de saúde não podem negar o fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios indispensáveis ao sucesso da cirurgia" (REsp 1.731.762/GO, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 22/5/2018, DJe 28/5/2018).
2. Não cabe, em recurso especial, reexaminar conteúdo contratual (Súmula 5/STJ), bem como matéria fático-probatória (Súmula n. 7/STJ).
3. O Tribunal de origem julgou nos moldes da jurisprudência pacífica desta Corte. Incidente, portanto, o enunciado 83 da Súmula do STJ.
4. Agravo interno a que se nega provimento.
(AgInt no REsp n. 1.987.659/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 13/3/2023, DJe de 16/3/2023.)

Outrossim, segundo a jurisprudência pacífica do Superior Tribunal de Justiça, é considerada abusiva a cláusula que exclui da cobertura do plano de saúde órteses, próteses e materiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico a que se submete o consumidor.

A esse respeito:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. INDENIZATÓRIA CUMULADA COM REEMBOLSO. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE FORNECIMENTO DE PRÓTESE. REEMBOLSO INTEGRAL. CABIMENTO. FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO RECORRIDO NÃO IMPUGNADOS. RAZÕES RECURSAIS DISSOCIADAS DOS FUNDAMENTOS DO JULGADO ATACADO. APLICAÇÃO DAS SÚMULAS 283 E 284 DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. DANO MORAL CONFIGURADO. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. O Tribunal estadual assentou a obrigatoriedade do plano de saúde em custear o fornecimento de prótese à parte autora, o que está em consonância com a jurisprudência desta Corte Superior, que possui entendimento de que é abusiva a cláusula que exclua ou limite a cobertura de órteses, próteses e materiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico a que se submete o consumidor. Precedentes.
2. A ausência de impugnação, nas razões do recurso especial, de fundamento autônomo e suficiente à manutenção do acórdão estadual atrai, por analogia, o óbice da Súmula 283 do STF.
3. É inadmissível o inconformismo por deficiência na fundamentação quando as razões do recurso estão dissociadas do decidido no acórdão recorrido. Aplicação da Súmula 284 do Supremo Tribunal Federal.
4. "Segundo a jurisprudência pacífica do STJ, a cláusula que exclui da cobertura do plano de saúde órteses, próteses e materiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico a que se submete o consumidor é abusiva, razão pela qual a recusa indevida pela operadora do plano de saúde em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico faz nascer o dever de reparar os danos morais produzidos pelo agravamento da situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário, que se configura como dano moral in re ipsa (independente de prova) (AgRg no AREsp 785.243/ES,

Relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 3/12/2015, DJe 14/12/2015)" (AgInt no AREsp 1.398.455/PA, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 15/04/2019, DJe de 23/04/2019).

5. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no REsp n. 1.900.386/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 29/3/2021, DJe de 29/4/2021.)

Desse modo, tendo em vista que as ponderações feitas no presente agravo interno não são capazes de alterar o convencimento anteriormente manifestado, permanece íntegra a decisão agravada.

Ante o exposto, nego provimento ao agravo interno.

Fiquem as partes cientificadas de que a insistência injustificada no prosseguimento do feito, caracterizada pela oposição de embargos manifestamente inadmissíveis ou protelatórios a este acórdão, ensejará a imposição da multa prevista no art. 1.026, § 2º, do CPC/2015.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**AgInt no AREsp 2.336.734 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2023/0085869-3

Número de Origem:

11154515220208260100 20210000922670

Sessão Virtual de 22/08/2023 a 28/08/2023

Relator do AgInt

Exmo. Sr. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA

ADVOGADOS : MAURO VINÍCIUS SBRISSE TORTORELLI - SP151716

ANA MARIA DELLA NINA ESPERANÇA - SP285535

AGRAVADO : MARIA CANDIDA CORREIA AZEVEDO

ADVOGADO : RENATA VILHENA SILVA - SP147954

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE - TRATAMENTO
MÉDICO-HOSPITALAR

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA

ADVOGADOS : MAURO VINÍCIUS SBRISSE TORTORELLI - SP151716

ANA MARIA DELLA NINA ESPERANÇA - SP285535

AGRAVADO : MARIA CANDIDA CORREIA AZEVEDO

ADVOGADO : RENATA VILHENA SILVA - SP147954

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 22/08/2023 a 28/08/2023, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Nancy Andrichi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva.

Brasília, 29 de agosto de 2023