

**Processo**

AREsp 236796

**Relator(a)**

Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI

**Data da Publicação**

DJe 19/03/2015

**Decisão**

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 236.796 - MS (2012/0206124-4)

RELATORA : MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI

AGRAVANTE : UNIMED CAMPO GRANDE MS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADOS : ABEL NUNES PROENÇA JUNIOR

EVELYN LIBRELOTTO SIRUGI E OUTRO(S)

AGRAVADO : MARIA GORETE DE MOURA

ADVOGADO : RÉGIS SANTIAGO DE CARVALHO E OUTRO(S)

DECISÃO

Trata-se de agravo interposto por UNIMED CAMPO GRANDE MS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, contra decisão que negou seguimento ao recurso especial, com fundamento na alínea "a" do inciso III do art. 105 da Constituição Federal, em face de acórdão proferido pelo TJMS, assim ementado (fl. 258):

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA PLANO DE SAÚDE - NEGATIVA DE COBERTURA - TRATAMENTO - ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA - RECURSO PROVIDO - SENTENÇA REFORMADA.

As cláusulas limitativas devem ser expressas e redigidas de forma clara, destacada, de modo a propiciar ao consumidor o prévio conhecimento das coberturas excluídas pelo contrato.

As restrições à cobertura do plano ou seguro saúde devem constar de forma expressa no instrumento contratual, a fim de não frustrar a confiança que o consumidor deposita nas obrigações e no vínculo criado no momento da contratação.

Deve ser rechaçado o entendimento de ser possível a negativa sob o fundamento de que o tratamento não se encontra previsto no rol de Resolução do Conselho Federal de Medicina ou da Agência Nacional da Saúde. O consumidor não pode ficar alheio às inovações da medicina em face da inoperância do órgão público responsável pela regulamentação da matéria.

Não é plausível que um contrato confira ampla assistência médica ao consumidor venha a excluir de sua cobertura novas técnicas de cura e tratamento, perpetuando outras que não atinjam o resultado esperado: a saúde e a vida do segurado.

Nas razões do especial, o ora agravante alega 51, IV, do CDC; 1º, 10 e 35A-N, da Lei n. 9.656/98; Lei n. 9.961/2000; e RN 167/08 da ANS.

Presentes os pressupostos de admissibilidade e ultrapassado o limite do conhecimento, passo a decidir.

Inicialmente verifique-se, que, em relação à Lei n. 9.961/2000 e a RN 167/08 da ANS, a agravante não aponta qualquer dispositivo legal que teria sido violado, não esclarecendo objetiva e especificamente, os motivos de reforma do julgado proferido pela Corte de origem, o que faz incidir o enunciado 284 da Súmula do STF.

Ressalte-se, ainda, que a via especial é inadequada para análise de Portarias, Resoluções, Regimentos, ou qualquer outro tipo de norma que não se enquadre no conceito de lei federal.

No mérito, a Corte Estadual, com base nos fatos, provas e conteúdo contratual dos autos, entendeu pela obrigatoriedade de cobertura, assim se pronunciando (fls. 260/261):

(...) as restrições à cobertura do plano ou seguro saúde devem constar de forma expressa no instrumento contratual, a fim de não frustrar a confiança que o consumidor deposita nas obrigações e no vínculo criado no momento da contratação.

Com efeito, vislumbro não ser possível a negativa sob o fundamento de que o tratamento não se encontra previsto no rol de Resolução do Conselho Federal de Medicina ou da Agência Nacional da Saúde.

O consumidor não pode ficar alheio às inovações da medicina em face da inoperância do órgão público responsável pela regulamentação da matéria.

Não é plausível que um contrato confira ampla assistência médica ao consumidor venha a excluir de sua cobertura novas técnicas de cura e tratamento, perpetuando outras que não atinjam o resultado esperado: a saúde e a vida do segurado.

Dessa forma, tenho que a Operadora não pode se eximir do cumprimento de suas obrigações contratuais, consubstanciada na prestação de serviços médicos e hospitalares, sob o argumento de que determinado tratamento não está previsto em rol de Resoluções.

Desse modo, a negativa de pagamento das despesas decorrentes da estimulação magnética transcraniana se apresenta abusiva.

Portanto, tem-se que o tratamento indicado pelo médico assistente da apelada, embora seja relativamente novo, possui respaldo na doutrina médica, sendo apontado como recurso terapêutico por especialistas do próprio Conselho Federal de Medicina.

Dir-se-ia que, à época em que a apelada solicitou a autorização, o tratamento ainda não havia sido incluído nas tabelas da AMB, no

entanto, não se pode, olvidar que o fato de ter sido posteriormente reconhecido pelo Conselho como a única solução terapêutica eficaz para tratamento da enfermidade, obriga a Operadora a arcar com os custos necessários a realização do tratamento, desde que indicado pelo médico assistente.

O acolhimento das razões do recurso demandaria inevitável apreciação das cláusulas contratuais, bem como o reexame de matéria fática, procedimentos que encontram óbice nos verbetes 5 e 7 da Súmula desta Corte.

Esclareça-se, ainda, que, este Superior Tribunal de Justiça acata a tese de que uma vez coberto o tratamento de saúde, a opção da técnica a ser utilizada para sua realização cabe ao médico especialista. Esclareça-se que a cobertura do método escolhido é consectário lógico, não havendo que se restringir o meio adequado à realização do procedimento. Nesse sentido:

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA

ABUSIVA. REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. ENUNCIADOS 5 E 7 DA SÚMULA DO STJ. DOENÇA COBERTA. PROCEDIMENTO. LIMITAÇÃO. NÃO PERMISSÃO.

ENTENDIMENTO ADOTADO NESTA CORTE. VERBETE 83 DA SÚMULA DO STJ.

FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO. NÃO IMPUGNAÇÃO. INCIDÊNCIA DO VERBETE 283 DA

SÚMULA/STF. INOVAÇÃO. INADMISSIBILIDADE. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. O Tribunal de origem concluiu pela abusividade na negativa de cobertura e a revisão do entendimento adotado esbarra no óbice dos enunciados 5 e 7 da Súmula/STJ.

2. O contrato de plano de saúde pode limitar as doenças a serem cobertas não lhe sendo permitido, ao contrário, delimitar os procedimentos, exames e técnicas necessárias ao tratamento da enfermidade constante da cobertura.

3. O Tribunal de origem julgou nos moldes da jurisprudência pacífica desta Corte. Incidente, portanto, o enunciado 83 da Súmula do STJ.

4. As razões elencadas pelo Tribunal de origem não foram devidamente impugnadas. Incidência do enunciado 283 da Súmula/STF.

5. Não se admite a adição de teses não expostas no recurso especial em sede agravo regimental, por importar em inadmissível inovação. Precedentes.

6. Agravo regimental a que se nega provimento.

(AgRg no Ag 1355252/MG, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 24/06/2014, DJe 05/08/2014)

Seguro saúde. Cobertura. Câncer de pulmão. Tratamento com quimioterapia. Cláusula abusiva. 1. O plano de saúde pode

estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Se a patologia está coberta, no caso, o câncer, é inviável vedar a quimioterapia pelo simples fato de ser esta uma das alternativas possíveis para a cura da doença. A abusividade da cláusula reside exatamente nesse preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, em razão de cláusula limitativa, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta. 2. Recurso especial conhecido e provido. (REsp 668216/SP, Rel. Ministro CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO, TERCEIRA TURMA, julgado em 15/03/2007, DJ 02/04/2007, p. 265)

Dessa forma, encontrando-se o acórdão recorrido em consonância com a orientação desta Corte, não há o que se reformar, esbarrando o presente recurso no óbice da Súmula 83/STJ.

Em face do exposto, nego provimento ao agravo.

Publique-se. Intimem-se.

Brasília (DF), 12 de março de 2015.

Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI

Relatora