

# Superior Tribunal de Justiça

**RECURSO ESPECIAL Nº 1.554.448 - PE (2011/0272480-9)**

**RELATOR** : **MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA**  
**RECORRENTE** : **SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A**  
**ADVOGADOS** : **FERNANDO NEVES DA SILVA E OUTRO(S)**  
**ANDRÉ TAVARES E OUTRO(S)**  
**CLÁVIO DE MELO VALENÇA FILHO E OUTRO(S)**  
**LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S)**  
**ADVOGADA** : **ADRIANA BARBOSA DE CASTRO E OUTRO(S)**  
**ADVOGADOS** : **CRISTINA MARIA GAMA NEVES DA SILVA E OUTRO(S)**  
**RAFAEL MAGALHÃES MARTINS E OUTRO(S)**  
**RECORRIDO** : **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

## **EMENTA**

CONSUMIDOR, CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PLANO DE SAÚDE. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. RECONHECIMENTO. DIREITO À SAÚDE. RELEVANTE INTERESSE SOCIAL. PRECEDENTES. SÚMULA N. 83/STJ. VIOLAÇÃO DO ART. 535 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. DECLARAÇÃO DE SAÚDE. ART. 51, IV E V, DO CDC, C/C O ART. 11 DA LEI N. 9.656/98. CLÁUSULA DE RENÚNCIA. IMPOSSIBILIDADE DO EXERCÍCIO DE OPÇÃO. VIOLAÇÃO DO DEVER DE INFORMAR. MANIFESTA ABUSIVIDADE.

1. O Ministério Público é parte legítima para figurar no polo ativo de ação civil pública e de ações coletivas contra operadoras de planos de saúde para questionar cláusulas contratuais tidas por abusivas, seja em face da indisponibilidade do direito à saúde, seja em decorrência da relevância da proteção e do alcance social.

2. Afasta-se a alegada ofensa ao art. 535 do CPC quando a Corte de origem examina e decide, de modo claro e objetivo, as questões que delimitam a controvérsia, não ocorrendo nenhum vício que possa nulificar o acórdão recorrido.

3. Todo prestador de serviços tem o dever de oferecer informações de forma clara e objetiva, de modo que o consumidor possa manifestar sua vontade livremente.

4. A inserção de cláusula de renúncia em declaração de saúde é abusiva por induzir o segurado a abrir mão do direito ao exercício livre da opção de ser orientado por um médico por ocasião do preenchimento daquela declaração, notadamente porque se trata de documento que tem o condão de viabilizar futura negativa de cobertura de procedimento ou tratamento.

5. Recurso especial parcialmente conhecido e desprovido.

## **ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos em que são partes as acima indicadas,

# *Superior Tribunal de Justiça*

acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, por unanimidade, conhecer parcialmente do recurso especial e negar-lhe provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com o Sr. Ministro Relator.

Dr(a). ANDRÉ TAVARES, pela parte RECORRENTE: SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A

Brasília (DF), 18 de fevereiro de 2016(Data do Julgamento)

MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Relator

**RECURSO ESPECIAL Nº 1.554.448 - PE (2011/0272480-9)**

**RELATOR** : **MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA**  
**RECORRENTE** : **SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A**  
**ADVOGADOS** : **FERNANDO NEVES DA SILVA E OUTRO(S)**  
**ANDRÉ TAVARES E OUTRO(S)**  
**CLÁVIO DE MELO VALENÇA FILHO E OUTRO(S)**  
**LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S)**  
**ADVOGADA** : **ADRIANA BARBOSA DE CASTRO E OUTRO(S)**  
**ADVOGADOS** : **CRISTINA MARIA GAMA NEVES DA SILVA E OUTRO(S)**  
**RAFAEL MAGALHÃES MARTINS E OUTRO(S)**  
**RECORRIDO** : **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

### **RELATÓRIO**

#### **O EXMO. SR. MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA:**

Trata-se, na origem, de ação civil pública ajuizada pelo MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO em desfavor de SUL AMÉRICA AETNA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

O pedido foi julgado procedente, declarando-se a nulidade da cláusula de renúncia de acompanhamento médico para o preenchimento da "declaração de saúde" – constante de todos os contratos firmados pela parte ré – a partir da publicação da Resolução CONSU n. 2/98.

A seguradora-ré foi condenada a: "a) aceitar, apenas, as declarações de doenças e lesões preexistentes que tenham sido preenchidas pelo consumidor com o devido acompanhamento médico para fins de orientação e esclarecimento sobre as conseqüências decorrentes de sua omissão ou declaração errônea, considerando que, em tais casos, apesar da nulidade da cláusula de renúncia, não se vislumbra prejuízo; b) retirar da declaração de doenças e lesões preexistentes, o termo de renúncia à orientação médica no momento de seu preenchimento, por ser cláusula abusiva e nula de pleno direito, já declarada nesta decisão", sob pena de multa diária. Ficou estabelecido ainda que os efeitos *erga omnes* gerados pela sentença não poderiam ultrapassar os limites do Estado de Pernambuco (sentença de fls. 544/563, Apenso 2).

O relator negou seguimento à apelação da seguradora (fls. 658/664, Apenso 2) e, na sequência, apresentado agravo interno, o TJPE, após rejeitar a preliminar de ilegitimidade ativa do Ministério Público, confirmou aquela decisão monocrática (fls. 20/32, Apenso 1).

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fls. 13/20).

Inconformada, SUL AMÉRICA AETNA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

# *Superior Tribunal de Justiça*

interpõe recurso especial, sustentando violação dos arts. 25, IV, "a", da Lei n. 8.625/93 (LONMP); 51, I, IV e XV, e 81 da Lei n. 8.078/90 (CDC); 535, II, do CPC; e 11 da Lei n. 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde) (fls. 26/44).

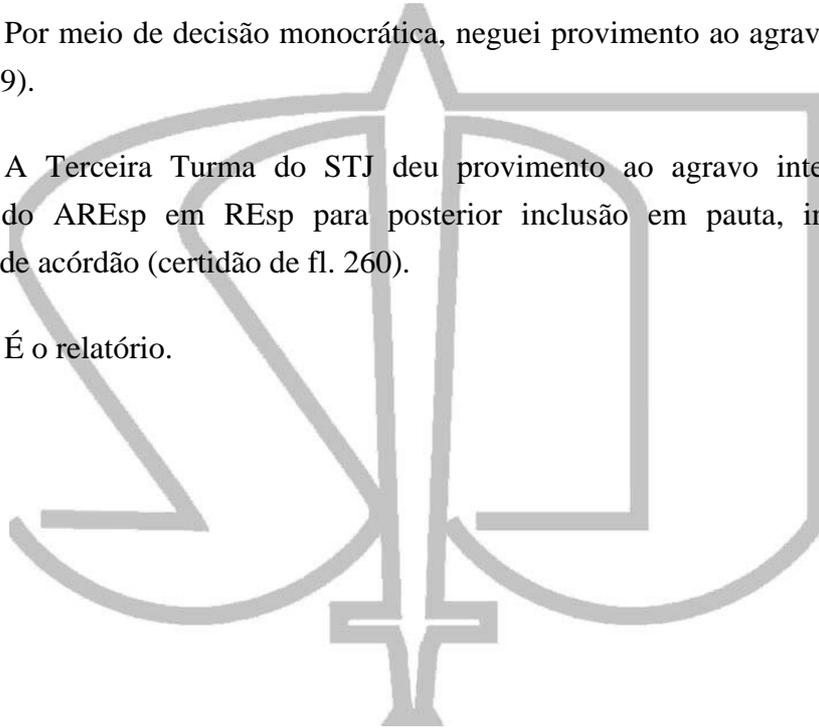
Foram apresentadas as contrarrazões (fls. 77/90).

No juízo primeiro de admissibilidade, o recurso especial foi inadmitido (fls. 116/117), e a parte ofereceu agravo sob a alegação, em síntese, de que o recurso especial atendera aos requisitos de admissibilidade, razão pela qual requereu seu processamento.

Por meio de decisão monocrática, neguei provimento ao agravo em recurso especial (fls. 184/189).

A Terceira Turma do STJ deu provimento ao agravo interno, determinando a conversão do AREsp em REsp para posterior inclusão em pauta, independentemente de publicação de acórdão (certidão de fl. 260).

É o relatório.



**RECURSO ESPECIAL Nº 1.554.448 - PE (2011/0272480-9)**

**EMENTA**

CONSUMIDOR, CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PLANO DE SAÚDE. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. RECONHECIMENTO. DIREITO À SAÚDE. RELEVANTE INTERESSE SOCIAL. PRECEDENTES. SÚMULA N. 83/STJ. VIOLAÇÃO DO ART. 535 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. DECLARAÇÃO DE SAÚDE. ART. 51, IV E V, DO CDC, C/C O ART. 11 DA LEI N. 9.656/98. CLÁUSULA DE RENÚNCIA. IMPOSSIBILIDADE DO EXERCÍCIO DE OPÇÃO. VIOLAÇÃO DO DEVER DE INFORMAR. MANIFESTA ABUSIVIDADE.

1. O Ministério Público é parte legítima para figurar no polo ativo de ação civil pública e de ações coletivas contra operadoras de planos de saúde para questionar cláusulas contratuais tidas por abusivas, seja em face da indisponibilidade do direito à saúde, seja em decorrência da relevância da proteção e do alcance social.

2. Afasta-se a alegada ofensa ao art. 535 do CPC quando a Corte de origem examina e decide, de modo claro e objetivo, as questões que delimitam a controvérsia, não ocorrendo nenhum vício que possa nulificar o acórdão recorrido.

3. Todo prestador de serviços tem o dever de oferecer informações de forma clara e objetiva, de modo que o consumidor possa manifestar sua vontade livremente.

4. A inserção de cláusula de renúncia em declaração de saúde é abusiva por induzir o segurado a abrir mão do direito ao exercício livre da opção de ser orientado por um médico por ocasião do preenchimento daquela declaração, notadamente porque se trata de documento que tem o condão de viabilizar futura negativa de cobertura de procedimento ou tratamento.

5. Recurso especial parcialmente conhecido e desprovido.

**VOTO**

**O EXMO. SR. MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA (Relator):**

Como relatado, trata-se de recurso especial interposto contra acórdão proferido pelo TJPE e resumido nestes termos:

"CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. MINISTÉRIO PÚBLICO. LEGITIMIDADE. PLANOS DE SAÚDE. COBERTURA. DOENÇA PREEXISTENTE. BOA-FÉ E AUSÊNCIA DE EXAME PRÉVIO. CLÁUSULA CONTRATUAL ABUSIVA. SÚMULA Nº 08/TJPE. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO REJEITADA, AGRAVO INTERNO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS.

1. O Ministério Público detém legitimidade para a propositura de ação civil pública com o fito de obter pronunciamento judicial acerca da legalidade de cláusulas

constantes de contrato de plano de saúde. A legitimação extraordinária justifica-se pelo relevante interesse social e pela importância do bem jurídico a ser tutelado.

2. Empresa que explora planos de saúde e admite associado sem prévio exame, passando a receber suas contribuições não pode, ao ser chamada a realizar a contraprestação, recusá-la sob a alegação de omissão do segurado. Súmula no 08/TJPE.

4. Cláusula contratual que dispõe sobre a desnecessidade de acompanhamento médico no momento do preenchimento considerada abusiva se não respeitar os ditames da Resolução - RN n 020/1002, anexo II, estabelecida pela ANS.

5. Unanimemente, rejeitou-se a preliminar de ilegitimidade ativa do Ministério Público.

6. Unanimemente, negou-se provimento ao Agravo Interno.

## **I - ILEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO**

A parte recorrente sustenta a contrariedade ao art. 25, IV, "a", da Lei n. 8.625/93 (LOMP) e ao art. 81 da Lei n. 8.078/90, afirmando que, no caso, o que busca é a tutela de direitos individuais homogêneos e disponíveis, matéria que não está inserta nas funções e atribuições previstas na Lei Orgânica Nacional do Ministério Público (Lei n. 8.625/93), que limita a atuação do *parquet* aos direitos individuais indisponíveis, resultando daí sua ilegitimidade para figurar no polo ativo da presente demanda.

Contudo, o Superior Tribunal de Justiça há muito já firmou o entendimento de que o Ministério Público é parte legítima para figurar no polo ativo de ação pública ou de ação coletiva contra operadoras de planos de saúde com a finalidade de tutelar direitos coletivos de segurados, que, na qualidade de consumidores, formalizaram com a empresa contrato em que foram inseridas cláusulas tidas por abusivas.

Nesse sentido, cito os seguintes precedentes:

"Recurso especial. Processual Civil e Civil. Ministério Público. Legitimidade. Ação Civil Pública. Contratos de Seguro-Saúde. Prêmio. Reajustamento de Valores. Ato administrativo. Desconformidade com as regras pertinentes.

Segundo as áreas de especialização estabelecidas em razão da matéria no Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça compete à Segunda Seção processar e julgar feitos relativos a direito privado em geral.

O debate sobre a legitimidade do Ministério Público para ajuizar ação civil pública em favor dos consumidores do serviço de saúde prejudicados pela majoração ilegal dos prêmios de seguro-saúde situa-se no campo do Direito Privado.

É cabível ação civil pública para requerer a suspensão de cobrança a maior de prêmios de seguro-saúde. Em tal caso, o interesse a ser defendido não é de natureza individual, mas de todos os consumidores lesados que pactuaram com as empresas de seguro-saúde.

O Ministério Público Estadual tem legitimidade para propor a ação porquanto se refere à defesa de interesses coletivos ou individuais homogêneos, em que se configura interesse social relevante, relacionados com o acesso à saúde" (REsp n.

286.732/RJ, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, DJ de 12/11/2001.)

"AÇÃO CIVIL PÚBLICA. Ação coletiva. Ministério Público. Legitimidade. Interesses individuais homogêneos. Plano de Saúde. Reajuste da mensalidade. UNIMED.

O Ministério Público tem legitimidade para promover ação coletiva em defesa de interesses individuais homogêneos quando existente interesse social compatível com a finalidade da instituição.

Reajuste de prestações de Plano de Saúde (UNIMED). Art. 82, I, da Lei n. 8078/90 (Código de Defesa do Consumidor). Precedentes.

Recurso conhecido e provido" (REsp n. 177.965/PR, relator Ministro Ruy Rosado de Aguiar, Quarta Turma, DJ de 23/8/1999.)

Destaco ainda os seguintes julgados monocráticos: REsp n. 1.427.942, Ministro Antonio Carlos Ferreira, DJe de 3/3/2015; REsp n. 1.094.914, Ministro Massami Uyeda, DJe de 14/8/2012; REsp n. 1.200.821, de minha relatoria, DJe de 28/10/2014; REsp n. 1.094.116, Ministro Luis Felipe Salomão, DJe de 17/11/2011.

Em suma, o Ministério Público detém legitimidade para propor ação civil pública ou ação coletiva que verse sobre abusividade de cláusulas insertas em contratos-padrão firmados entre operadoras de plano de saúde e segurados/consumidores, porquanto, nesses casos, embora conservando sua natureza individual, os direitos em discussão seriam denominados, segundo a lição do professor JOSÉ CARLOS BARBOSA MOREIRA, direitos "acidentalmente coletivos" (*A proteção jurídica dos interesses coletivos. Temas de direito processual (terceira turma)*. São Paulo: Saraiva, 1984, p. 42-43).

O acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte, o que atrai a incidência da Súmula n. 83 do STJ.

## **II - ART. 535 DO CPC**

A parte recorrente alega omissão do acórdão recorrido quanto às seguintes matérias: (a) a opção de dispensa de acompanhamento médico para preenchimento da declaração de saúde é exercida previamente pelo segurado e, só depois, a seguradora providencia a redação da cláusula impugnada para registro na apólice; (b) não é a seguradora que faz essa escolha e obriga o consumidor a aceitar a cláusula de dispensa; (c) a própria agência reguladora impõe que haja cláusula expressa de dispensa, pelo consumidor, da ajuda do médico para preenchimento da referida declaração de saúde, de modo que ela não pode ser considerada ilegal.

Não obstante o acórdão da apelação ter analisado todas as matérias objeto de alegação, o acórdão dos embargos de declaração reexaminou, de forma objetiva, cada uma das questões suscitadas, chegando até mesmo a enumerar, de forma taxativa, cada uma delas, não se

verificando, assim, nenhum vício que possa nulificar o julgado.

Registro, por oportuno, que, ao contrário do que sustenta a parte recorrente, a cláusula em discussão está inserida na declaração de saúde a ser preenchida pelo pretenso segurado (e não na apólice), conforme a Turma julgadora deixou claro por ocasião do provimento integrativo, e foi considerada abusiva porque não ofereceria ao consumidor nenhuma alternativa (fl. 25).

Em suma, observo que o acórdão recorrido, integrado pelo aresto dos embargos de declaração, analisou, de modo claro e objetivo, os pontos relevantes e necessários ao deslinde do litígio e adotou os fundamentos cabíveis à prolação do julgado, ainda que a parte não concorde com as conclusões adotadas.

Afasto, pois, a alegada violação do art. 535, II, do CPC.

**III - DECLARAÇÃO DE SAÚDE E POSSIBILIDADE DE OBTER INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS DE UM MÉDICO ANTES DO RESPECTIVO PREENCHIMENTO [arts. 51, I, IV e XV, e 81 da Lei n. 8.078/90 (CDC) e 11 da Lei n. 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde)]**

Quanto ao mérito propriamente dito, verifico que a questão debatida nos autos refere-se à validade de cláusula – inserida em "declaração de doenças ou lesões preexistentes" para fins de contratação de plano e/ou seguro de saúde – que impõe ao consumidor/contratante a renúncia ao acompanhamento médico no momento do preenchimento do documento.

A parte recorrente sustenta que "a União [...], por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), exerce regulação sobre o tema que se insere no objeto desta ação, qual seja, as relações privadas entre a seguradora e segurados, no contexto do setor de saúde suplementar" (fl. 35).

Citou a Resolução n. 20 de 2/12/2002 na parte em que dispõe sobre os formulários de declaração de saúde vinculados a contratos de planos privados de assistência à saúde, para concluir que, "se a assistência médica no momento do preenchimento é uma faculdade do consumidor, **não pode ser uma obrigação** da seguradora aceitar a declaração de doença pré-existente apenas e somente quando também subscrita por aquele profissional" (fl. 35).

Na sequência, questiona: se era faculdade do segurado optar pela orientação de um médico antes de preencher a declaração de saúde, como, então, poderia prevalecer o comando do acórdão recorrido de obrigar a seguradora a aceitar apenas as declarações de doenças e lesões preexistentes que tenham sido preenchidas pelo consumidor/segurado com o devido

acompanhamento médico?

A resposta a essa indagação é de que dita argumentação constitui, na verdade, um sofisma por criar a ilusão de que o raciocínio desenvolvido tem algum sentido, alguma lógica jurídica, como adiante será demonstrado.

Pelo que se infere dos elementos probatórios expressamente delineados no acórdão recorrido, consta na referida cláusula, previamente elaborada pela seguradora, que o segurado renuncia ao direito ao acompanhamento médico a que teria direito. Não lhe é dada opção. Há apenas um espaço para que o segurado, por meio de mera assinatura, renuncie ao acompanhamento médico.

Diante disso, o voto condutor do julgado concluiu pela nulidade da cláusula, visto que ela impede que o contratante/futuro segurado tenha esclarecimentos médicos necessários ao preenchimento daquela declaração, que, no futuro, poderá acarretar a imputação de fraude, a suspensão ou até a denúncia do contrato. Sugeriu o julgado que essa cláusula fosse remodelada para possibilitar ao aderente a presença ou não de médico quando da celebração da avença.

Ressalto que, de fato, a revisão desse contexto jurídico não implica a interpretação de cláusula contratual, tampouco o reexame de prova, de modo que não incidem os óbices das Súmulas n. 5 e 7 do STJ.

Trata-se apenas da aplicação e interpretação de normas consumeristas de regência, bem como dos regramentos específicos acerca do preenchimento da referida declaração de doenças e lesões preexistentes editados pelo Conselho de Saúde Complementar (CONSU) da Agência Nacional de Saúde (ANS), notadamente a Resolução CONSU n. 2 e, posteriormente, a Resolução Normativa n. 20.

Registro que a exigência de disponibilização de médico para esclarecimentos quando da pactuação do plano consiste em atendimento dos preceitos inscritos no art. 3º e §§ da Resolução CONSU n. 2, vigente à época do ajuizamento da ação civil pública, considerando-se as graves consequências que o incorreto preenchimento pode acarretar ao consumidor/segurado, *in verbis*:

**"Art. 3º Nos planos ou seguros individuais ou familiar de assistência à saúde contratados após a regulamentação da Lei 9.656/98, fica o consumidor obrigado a informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/98.**

# Superior Tribunal de Justiça

**§ 1º Será escolhido pelo consumidor, um médico para proceder à uma entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o consumidor.**

§ 2º Caso o consumidor opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais médicos da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

§ 3º A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário de declaração de saúde, elaborado pela operadora, e terá como objetivo relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do consumidor em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes do seu contrato ou apólice.

**§ 4º O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas à principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais consequências em relação a sua omissão.**

§ 5º Fica definida a proibição de alegação de doença preexistente após a entrevista qualificada se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor."

A Resolução Normativa CONSU n. 162 de 17/10/2007 instituiu a chamada "Carta de Orientação ao Beneficiário" como parte obrigatória dos contratos de planos ou seguros de saúde, documento padronizado pela ANS que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da declaração de saúde no momento da assinatura do contrato. Contudo, manteve o regramento anterior quanto à disponibilização de médico para realizar a entrevista qualificada (art. 5º e §§), com vistas a esclarecimentos de dúvidas acerca dos termos médicos e das consequências para o beneficiário que não declare a existência de prévia doença ou lesão.

Ditas resoluções, a propósito, têm força coercitiva, uma vez que a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, atribuiu competência à Agência Nacional de Saúde (ANS) e ao Conselho de Saúde Complementar (CONSU) competência para definir procedimentos formais a serem adotados pelas empresas para traçar políticas e diretrizes relativas ao setor de saúde complementar (arts. 35 e 35-A, I, com a redação dada pela MP n. 2.177-44, de 2001),:

"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar-CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério de Saúde, **com competência para:**

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

[...]"

# Superior Tribunal de Justiça

Está clara, portanto a competência do órgão regulador para traçar regras e procedimentos relativos a esse setor.

Faço esse registro apenas para deixar clara a obrigatoriedade de observância das diretrizes traçadas nos normativos expedidos pelo Conselho Nacional de Saúde, entre elas, a que dispõe acerca da declaração de saúde.

Quanto ao cerne da controvérsia propriamente dito, entendo que o acórdão recorrido decidiu em consonância com a legislação que rege a matéria (Lei dos Planos de Saúde, Código de Defesa do Consumidor e atos normativos expedidos pelo Conselho Nacional de Saúde).

Partindo da descrição contida no acórdão recorrido, não há como deixar de reconhecer que a forma como foi redigida a declaração, sobretudo quanto ao campo em que o segurado deveria exercer a opção de obter acompanhamento médico no momento do preenchimento (declaração de doenças e lesões preexistentes ou declaração de saúde), na verdade lhe impõe a renúncia a esse direito. Em outras palavras, dita cláusula **induz** o contratante a renunciar aos esclarecimentos do profissional de saúde, o que vale dizer, não lhe possibilita o exercício da faculdade assegurada em lei/atos normativos.

Destaco a importância do correto preenchimento dessa declaração, porquanto, no futuro, a seguradora poderá, com base nas respostas ali contidas, alegar, por exemplo, que houve fraude ou má-fé do contratante e negar a cobertura de um tratamento ou procedimento. O prejuízo para o segurado/consumidor é manifesto e de gravíssimas consequências.

Diversamente do alegado nas razões do recurso especial e no memorial apresentado, não se impôs à seguradora a obrigação da presença de médico quando da contratação do plano de saúde, apenas se reconheceu que, pelos normativos citados, deveria disponibilizar um médico para orientar o beneficiário a preencher a declaração em comento no caso de não oferecimento de cobertura total, no caso em que o segurado optasse por esse aconselhamento ou, *mutatis mutandis*, no caso de ele não dispensar ou renunciar a esse direito.

O acórdão recorrido, a propósito, apenas rechaçou a possibilidade de a seguradora induzir o beneficiário a renunciar a presença do médico orientador à míngua de outra alternativa. E mais: entendeu ser abusivo esse procedimento porque retirava do segurado o direito de optar livremente – o que só é possível quando se tem a adequada informação e amplo conhecimento das consequências.

# Superior Tribunal de Justiça

É importante salientar que a transparência e a informação são deveres dos prestadores de serviços e constituem direito do consumidor de ter pleno conhecimento acerca do produto ou serviço que está adquirindo. É o que dispõe o CDC em seus arts. 4º e 6º, devendo ser analisado conjuntamente com a cláusula geral da boa-fé (art. 51 do CDC).

Rizzatto Nunes, em *Comentários ao Código de Defesa do Consumidor* (4ª ed., São Paulo, Saraiva, 2009, p. 142), anota:

"O dever de informar é princípio fundamental na Lei n. 8.078, e, junto ao princípio da transparência estampado no *caput* do art. 4º, traz uma nova formatação aos produtos e serviços oferecidos no mercado.

Com efeito, na sistemática implantada pelo CDC, o fornecedor está obrigado a prestar todas as informações acerca do produto e do serviço, suas características, qualidades, riscos, preços etc., de maneira clara e precisa, não se admitindo falhas ou omissões.

Trata-se de um dever exigido mesmo antes do início de qualquer relação. A informação passou a ser componente necessário do produto e do serviço, que não podem ser oferecidos no mercado sem ela.

O princípio da transparência, como vimos, está já previsto no *caput* do art. 4º e traduz a obrigação de o fornecedor dar ao consumidor a oportunidade de tomar conhecimento do conteúdo do contrato que está sendo apresentado.

Assim, a soma dos princípios, compostos de dois deveres - o da transparência e o da informação-, fica estabelecida a obrigação de o fornecedor dar cabal informação sobre seus produtos e serviços oferecidos e colocados no mercado, bem como das cláusulas por ele estipuladas."

Ressalto que, nos termos do art. 6º, III, do CDC, o consumidor tem direito à informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, razão pela qual o consumidor só está vinculado às disposições contratuais das quais teve prévio conhecimento, devendo o fornecedor ainda destacar as cláusulas que importem em exclusão ou restrição de direitos.

Ademais, não há manifestação de vontade livre e consciente se o interessado não detém as informações necessárias para formar seu convencimento. Transportando esse entendimento para o caso concreto, observo que, para que a seguradora pudesse fazer uso da "declaração de saúde" a fim de restringir alguma cobertura, deveria ter-se acautelado na hora da contratação e fornecido ampla informação acerca de dois pontos primordiais. Em outras palavras, deveria:

- a) esclarecer o pretense segurado acerca do que consiste uma declaração de doenças e lesões preexistentes e das consequências do incorreto preenchimento dos dados ou de eventuais equívocos nas respostas às indagações ali formuladas; e

b) esclarecer que, no caso de o segurado ter dúvida acerca da alguma questão, teria direito à orientação de um médico durante o preenchimento do documento, oportunidade em que o profissional de saúde iria elucidar o que estava sendo indagado, por exemplo, os termos técnicos para definir eventuais doenças e/ou lesões que o segurado ou parente pudessem ter sofrido antes daquela data.

No caso, a parte seguradora não informou adequadamente, além de ter inserido a cláusula que induzia o segurado a renunciar ao direito de ser orientado por médico. E o pior: com base nessas declarações, haveria a possibilidade de, no futuro, a seguradora alegar fraude ou outra situação e negar a cobertura do procedimento ou tratamento.

Em suma, de tudo quanto se extrai dos autos, fica claro que o acórdão recorrido não impôs nenhum ônus extra à recorrente, limitando-se a dar efetividade ao disposto na legislação de regência e a reequilibrar a relação jurídica existente.

O acórdão reconheceu a possibilidade de o segurado dispensar a ajuda médica; reafirmou que essa dispensa deve decorrer da livre manifestação de vontade. Assegurou, como já dito, a melhor formulação de cláusulas inseridas na referida declaração, para que o consumidor, devidamente esclarecido dos riscos, pudesse exercer a opção de dispensar ou não a orientação médica por ocasião do preenchimento do documento.

Transcrevo, no ponto, oportuno excerto do julgado:

"A decisão recorrida de 1º grau faz expressa referência à possibilidade do segurado optar pelo não acompanhamento médico, no momento de declarar sobre a existência ou não de doenças ou lesões preexistentes, desde que seguidas as regras estabelecidas pela ANS, ou seja, conste do contrato todas as informações necessárias constantes do anexo II, da Resolução - RN nº 20/2002, servindo como orientador do procedimento adequado a se adotar nos futuros contratos a serem firmados com os consumidores.

No mais, nenhum argumento novo foi trazido aos autos que pudesse ensejar a modificação do referido entendimento e, por isso, a irresignação recursal não merece ser acolhida" (fl. 30, Apenso 1).

Registro que isso nada mais é do que a observância dos preceitos normativos referidos. E aqui cabe um pequeno parêntese para esclarecer que o encadeamento jurídico dessa questão não importou no reexame de matéria fático-probatória, tendo decorrido, exclusivamente, da valoração de fato jurídico de fundamental importância para o desate da lide: a inserção de cláusula na declaração de saúde (antiga "declaração de doenças ou lesões preexistentes").

Ora, o acórdão recorrido, ao confirmar a sentença, concluiu:

'Não pairam dúvidas, assim, que a inserção de cláusula em contrato de adesão no sentido de fazer o consumidor renunciar a direito é prática abusiva e se constitui em abuso de direito por parte do fornecedor de produtos e serviços, estando a cláusula constante da Declaração de Saúde da demandada - SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A, relativa à renúncia do acompanhamento médico no momento do preenchimento do documento, maculada pela pecha da nulidade e, assim, nenhum efeito pode gerar para o consumidor aderente. Não bastasse a nulidade decorrente da infringência do dispositivo legal antes referido, no art. 51, XV, do CDC [...].

Note-se que a cláusula questionada pelo *Parquet*, de logo, **não oferece qualquer alternativa ao consumidor senão abrir mão do seu direito ao acompanhamento médico**, posto que, em se tratando de contrato por adesão, na grande maioria dos casos o segurado sequer tem o conhecimento do que está assinando e, aos seus olhos, por faltar o conhecimento jurídico necessário para ter o mínimo de noção sobre os direitos garantidos pela norma específica, acredita piamente se tratar de uma rotina normal e assegurada aos fornecedores de serviços médicos e hospitalares - os planos e seguradoras de saúde.

Na verdade, o direito do consumidor está sendo omitido e vilipendiado, na medida em que a ré é obrigada a fazer constar da Declaração de Saúde, ao invés da cláusula expressa de renúncia, todas as informações constantes do anexo II da RN nº 20, como bem frisado antes. Ao contrário do que afirmou a demandada, em sua peça de resistência, os seus contratos não obedecem às determinações da ANS e, assim, devem se adequar às exigências legais seja de forma voluntária ou por imposição judicial como pleiteia o Órgão Ministerial. Há claro abuso de direito da ré quando impõe ao consumidor a renúncia do seu direito de ter a orientação médica gratuita por ocasião do preenchimento da declaração de saúde, pois além de ser expressamente proibida pelo sistema de proteção contratual estabelecido no CDC, é incompatível com a boa-fé (princípio máximo de toda relação de consumo) e de uma iniquidade sem tamanho, pois a própria seguradora utiliza a Declaração de Saúde, nos contratos firmados após a Lei 9.656/98, para negar o procedimento médico solicitado (vide fls. 327).

[...]

Assim, em sendo declarada a nulidade das cláusulas contratuais que implicaram em renúncia ao acompanhamento médico no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, tal documento não poderá ser utilizado para o fim de comprovação da existência ou não de doenças e lesões preexistentes, ante o não acompanhamento do médico orientador e ausência de informação clara e adequada sobre as penalidades decorrentes da omissão ou do fornecimento incorreto dos dados, nos termos da Resolução CONSU nº 02 e RN nº 20, já mencionadas anteriormente, implicando na procedência do pedido formulado na inicial, item 22, alínea 'a', Assim, conseqüentemente, só poderão ser acatadas as declarações de saúde que foram preenchidas com acompanhamento médico e que contenham as informações adequadas e necessárias sobre os prejuízos decorrentes da omissão ou declaração errônea, posto que, embora a cláusula de renúncia seja nula de pleno direito, não existiria qualquer prejuízo para o consumidor que foi devidamente orientado por médico e corretamente informado [...] (fls. 26/27).

Como demonstrado, uma vez reconhecido que a recorrente faltou com o dever de bem informar e uma vez pronunciada a abusividade da referida cláusula de renúncia, ditas

# *Superior Tribunal de Justiça*

declarações são inservíveis para o único fim a que se destina, a saber, o de abrir caminho para uma futura negativa de cobertura.

Em suma, o que ficou assentado nas instâncias ordinárias foi o seguinte:

a) por ocasião do preenchimento da declaração de saúde, não era oferecida nenhuma opção ao segurado senão a de renunciar o acompanhamento médico no momento de firmar a declaração, tendo em vista que a cláusula já vinha inserida no próprio termo;

b) o segurado não recebia os esclarecimentos e orientações necessárias para o correto preenchimento da chamada "declaração de saúde" nem podia exercer opção de dispensar a orientação médica livremente, seja porque, da forma como redigida, não lhe era dada outra opção, seja em decorrência da falta de informação adequada acerca das consequências advindas do incorreto preenchimento do documento.

É evidente que, partindo dessas premissas, a abusividade da referida cláusula de renúncia é manifesta e, em consequência, as declarações firmadas nesse contexto são inservíveis. Por outro lado, tal qual destacado no acórdão recorrido, eventuais declarações firmadas com orientação médica podem e devem ser aceitas, tendo em vista a ausência de prejuízo para o segurado/consumidor que foi devidamente orientado e informado acerca de seus direitos e obrigações.

Ante o exposto, **conheço parcialmente do recurso especial e nego-lhe provimento.**

É como voto.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO  
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2011/0272480-9      **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.554.448 / PE**

Números Origem: 0007054232010 817000 1128469 112846900 112846901 112846902

PAUTA: 18/02/2016

JULGADO: 18/02/2016

**Relator**

Exmo. Sr. Ministro **JOÃO OTÁVIO DE NORONHA**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **JOÃO OTÁVIO DE NORONHA**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **MÁRIO PIMENTEL ALBUQUERQUE**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

**AUTUAÇÃO**

RECORRENTE : SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A  
ADVOGADOS : FERNANDO NEVES DA SILVA E OUTRO(S)  
ANDRÉ TAVARES E OUTRO(S)  
CLÁVIO DE MELO VALENÇA FILHO E OUTRO(S)  
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S)  
ADVOGADA : ADRIANA BARBOSA DE CASTRO E OUTRO(S)  
ADVOGADOS : CRISTINA MARIA GAMA NEVES DA SILVA E OUTRO(S)  
RAFAEL MAGALHÃES MARTINS E OUTRO(S)  
RECORRIDO : MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

**SUSTENTAÇÃO ORAL**

Dr(a). **ANDRÉ TAVARES**, pela parte RECORRENTE: SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A

**CERTIDÃO**

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

A Terceira Turma, por unanimidade, conheceu parcialmente do recurso especial e negou-lhe provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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