

RECURSO ESPECIAL Nº 1.639.018 - SC (2016/0305867-3)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL
ADVOGADO : JEAN ANDRADE DOS SANTOS E OUTRO(S) - SC013044
RECORRIDO : RICARDO JOSÉ HORN DE ANDRADE
ADVOGADO : GUILHERME SILVEIRA DE ANDRADE - SC033940

EMENTA

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. DECISÃO UNIPESSOAL. AGRAVO REGIMENTAL. NULIDADE. INEXISTENTE. PLANO DE SAÚDE. ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE. CONTRATO DE ADESÃO. CLÁUSULAS AMBÍGUAS E GENÉRICAS. INTERPRETAÇÃO EM FAVOR DO ADERENTE. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO. SÍNDROME CARCINOIDE. INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E REEXAME DE FATOS E PROVAS. IMPOSSIBILIDADE. DANOS MORAIS. INADIMPLEMENTO CONTRATUAL. AGRAVAMENTO PSICOLÓGICO. VALOR ARBITRADO. SÚMULA 7/STJ. HONORÁRIOS RECURSAIS. LIMITE MÁXIMO ATINGIDO.

1. Ação ajuizada em 11/09/13. Recurso especial interposto em 25/07/16 e concluso ao gabinete em 18/11/16. Julgamento: CPC/15.
2. O propósito recursal é definir se há violação ao princípio do colegiado ante o julgamento monocrático da controvérsia, se incide o Código de Defesa do Consumidor nos plano de saúde de autogestão e se há abusividade na conduta da operadora, passível de compensação por danos morais, ao negar cobertura de tratamento ao usuário final.
3. O julgamento pelo órgão colegiado via agravo regimental convalida eventual ofensa ao art. 557, *caput*, do CPC/73, perpetrada na decisão monocrática. Tese firmada em acórdão submetido ao regime dos repetitivos.
4. A Segunda Seção do STJ decidiu que não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo.
5. A avaliação acerca da abusividade da conduta da entidade de autogestão ao negar cobertura ao tratamento prescrito pelo médico do usuário atrai a incidência do disposto no art. 423 do Código Civil, pois as cláusulas ambíguas ou contraditórias devem ser interpretadas em favor do aderente.
6. Quando houver previsão contratual de cobertura da doença e respectiva prescrição médica do meio para o restabelecimento da saúde, independente da incidência das normas consumeristas, é dever da operadora de plano de saúde oferecer o tratamento indispensável ao usuário.
7. O médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta. Precedentes.

Superior Tribunal de Justiça

8. Esse entendimento decorre da própria natureza do Plano Privado de Assistência à Saúde e tem amparo no princípio geral da boa-fé que rege as relações em âmbito privado, pois nenhuma das partes está autorizada a eximir-se de sua respectiva obrigação para frustrar a própria finalidade que deu origem ao vínculo contratual.
9. Honorários advocatícios recursais não majorados, pois fixados anteriormente no patamar máximo de 20% do valor da condenação.
10. Recurso especial conhecido e não provido.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos, por unanimidade, conhecer do recurso especial e negar-lhe provimento, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora. Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Brasília (DF), 27 de fevereiro de 2018(Data do Julgamento)

MINISTRA NANCY ANDRIGHI
Relatora

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.639.018 - SC (2016/0305867-3)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL

ADVOGADO : JEAN ANDRADE DOS SANTOS E OUTRO(S) - SC013044

RECORRIDO : RICARDO JOSÉ HORN DE ANDRADE

ADVOGADO : GUILHERME SILVEIRA DE ANDRADE - SC033940

RELATÓRIO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relatora):

Cuida-se de recurso especial interposto por CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL, com fundamento nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional.

Recurso especial interposto em: 25/07/2016.

Conclusão ao Gabinete em: 18/11/2016.

Ação: de obrigação de fazer c/c compensação por danos morais, ajuizada por RICARDO JOSÉ HORN DE ANDRADE, em face da recorrente, devido a negativa de cobertura de exames clínicos para tratamento de síndrome carinóide, na qual requer seja compelida a operadora de plano de saúde a autorizar a realização dos exames e o pagamento de compensação pelos danos morais suportados (e-STJ fls. 1-15).

Sentença: julgou procedente o pedido, com condenação da recorrente ao pagamento de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) pelos danos morais (e-STJ fls. 124-138).

Acórdão: manteve a decisão unipessoal do Relator que negou provimento à apelação interposta pela recorrente (e-STJ fls. 204-217).

Registrou que as disposições contratuais foram lançadas de forma abrangente, razão pela qual devem ser interpretadas de forma mais benéfica ao aderente.

Consignou que não há comprovação da notificação acerca da

necessidade de o recorrido migrar de plano para alcançar a cobertura do seu tratamento.

Confirmou o valor da compensação por danos morais por ser medida condizente com a gravidade do ilícito e com o abalo experimentado pela vítima.

Recurso especial: alega violação dos arts. 557, do CPC/73, 3º, §2º, do CDC, bem como dissídio jurisprudencial (e-STJ fls. 220-235).

Assevera que as restrições de cobertura ou de ressarcimento a eventos nos planos de saúde de autogestão não violam princípios do CDC. Insurge-se contra a aplicação do CDC no particular, pois a recorrente é uma operadora de plano de saúde que opera na modalidade de autogestão.

Não foram oferecidas contrarrazões ao recurso (e-STJ fl. 243).

Admissibilidade: o recurso foi admitido na origem pelo TJ/SC (e-STJ fls. 244-245).

É o relatório.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.639.018 - SC (2016/0305867-3)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL

ADVOGADO : JEAN ANDRADE DOS SANTOS E OUTRO(S) - SC013044

RECORRIDO : RICARDO JOSÉ HORN DE ANDRADE

ADVOGADO : GUILHERME SILVEIRA DE ANDRADE - SC033940

VOTO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relatora):

- Julgamento: CPC/15.

O propósito recursal é definir se há violação ao princípio do colegiado ante o julgamento monocrático da controvérsia, se incide o Código de Defesa do Consumidor nos plano de saúde de autogestão e se há abusividade na conduta da operadora, passível de compensação por danos morais, ao negar cobertura de tratamento ao usuário final.

1. Da violação ao princípio do julgamento colegiado

É pacífica a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que o julgamento pelo órgão colegiado via agravo regimental convalida eventual ofensa ao art. 557, caput, do CPC/73, perpetrada na decisão monocrática. Nesse sentido, se pronunciou esta Corte em acórdão submetido ao regime dos repetitivos, no REsp 1355947/SP, Primeira Seção, DJe 21/06/2013.

Com base nesse entendimento, não prospera a tese recursal de usurpação de competência pelo relator que julgou monocraticamente à apelação, pois a controvérsia foi submetida ao colegiado em agravo regimental que, à unanimidade, manteve a decisão unipessoal.

2. Das normas que regem os planos de saúde administrados por

entidade de autogestão: do afastamento do Código de Defesa do Consumidor e a incidência da boa-fé objetiva nos planos privados de assistência à saúde

A Segunda Seção do STJ decidiu que “não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo” (REsp 1285483/PB, DJe 16/08/2016).

Entre os fundamentos deste relevante precedente, foram destacadas as peculiaridades próprias da autogestão, que não permitem enquadrá-la no conceito de fornecedor de serviço, haja vista: i) não possuir fins lucrativos; ii) não ser exigível que ofereça plano-referência (art. 10, §3º, da LPS); iii) não disponibilizar o produto no mercado para qualquer pessoa; iv) haver solidariedade na administração da carteira, com interferência direta das coberturas e restrições contratuais.

Diante dessas características, a Segunda Seção assentou que não se aplica a Súmula 469/STJ para as operadoras de plano de saúde na modalidade autogestão, afastando-se, portanto, as normas consumeristas para solucionar a presente controvérsia.

No particular, entretanto, verifica-se que o Tribunal de origem não solucionou a lide exclusivamente à luz das normas do CDC. Ao contrário do que pretende persuadir a recorrente, em expresso e significativo excerto do raciocínio desenvolvido no acórdão recorrido, o TJ/SC registrou: “ainda que não se aplicasse o CDC, não se poderia aplicar uma restrição em cláusula contratual que não a prevê”, sobretudo porque, em se tratando de pacto de adesão, “a discussão versa sobre a negativa de pagamento pela ré de exames que não encontram restrição no contrato” (e-STJ fl. 214). Há invocação de precedente nas razões de decidir desde o primeiro grau de jurisdição ressaltando que seria, inclusive, “inevitável analisar a demanda à luz do Código Civil” (e-STJ fl. 127).

Nesse contexto, a avaliação acerca da abusividade da conduta da

recorrente ao negar o tratamento prescrito pelo médico do usuário efetivamente atrai a incidência do disposto no art. 423 do Código Civil, pois as cláusulas ambíguas ou contraditórias devem ser interpretadas em favor do aderente.

No particular, em análise das provas e das cláusulas contratuais, o acórdão recorrido consignou que “o contrato firmado pelas partes é abrangente, mencionando de forma genérica exames complementares, serviços auxiliares, tratamentos especializados”, em que “não há nenhuma ressalva no sentido de que os exames determinados pelo médico não são cobertos” (e-STJ fl. 214).

Essa conjuntura demonstra que quando houver previsão contratual de cobertura da doença e respectiva prescrição médica do meio para o restabelecimento da saúde, independente da incidência das normas consumeristas, é dever da operadora de plano de saúde oferecer o tratamento indispensável ao usuário.

Embora recente o posicionamento estável da jurisprudência da Segunda Seção acerca da inaplicabilidade do CDC às entidades de autogestão, deve ser ressaltada a firme orientação das Turmas de Direito Privado de que o médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta (REsp 1645762/BA, Terceira Turma, DJe 18/12/2017; REsp 1442236/RJ, Quarta Turma, DJe 28/11/2016).

Esse entendimento decorre da própria natureza do Plano Privado de Assistência à Saúde e tem amparo no princípio geral da boa-fé que rege as relações em âmbito privado, pois nenhuma das partes está autorizada a eximir-se de sua respectiva obrigação para frustrar a própria finalidade que deu origem ao vínculo contratual.

3. Da avaliação da hipótese concreta

Na hipótese dos autos, o recorrido desde janeiro de 2009 apresenta

grave problema de saúde, diagnosticado com síndrome carcinoide, o que lhe tornou impossibilitado de trabalhar, recebendo benefício previdenciário junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Nesse contexto, o médico que acompanha seu diagnóstico e tratamento solicitou a realização de dois exames clínicos, cuja cobertura foi negada pela recorrente sob o fundamento de que não estariam previstos no respectivo plano.

Em situações desse jaez, a jurisprudência do STJ vem reconhecendo o direito à compensação dos danos morais advindos da recusa de cobertura de plano de saúde, na medida em que a conduta agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do usuário, o qual, ao pedir a autorização da operadora, já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada. Assim, embora o mero inadimplemento contratual não seja causa para ocorrência de danos morais, as concretas circunstâncias fáticas da controvérsia na prestação do serviço de saúde suplementar autorizam o seu arbitramento judicial.

Nesse sentido: REsp 1668302/RS, Terceira Turma, DJe 22/06/2017; REsp 735.750/SP, Quarta Turma, DJe 16/02/2012.

A recusa indevida, na hipótese, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira dos exames a que estava contratualmente obrigada – dificultando o tratamento adequado e oportuno da grave doença do recorrido, zelador e idoso – gerou direito de compensação a título de dano moral. A quantia fixada na origem no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) não se mostra exorbitante, razão pela qual incide o óbice da Súmula 7/STJ quanto às circunstâncias que justificaram seu arbitramento.

Por fim, considerando que os honorários advocatícios foram fixados

anteriormente em 20% do valor da condenação (e-STJ fl. 138), deixo de majorar a quantia por já ter alcançado o limite estabelecido no art. 85, §§ 2º e 3º, do CPC/15.

Forte nessas razões, NEGO PROVIMENTO ao recurso especial.



**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2016/0305867-3

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.639.018 / SC

Números Origem: 00131496420168240000 08524476320138240023 131496420168240000 20150888675
20150888675000100 8524476320138240023

PAUTA: 27/02/2018

JULGADO: 27/02/2018

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ROGÉRIO DE PAIVA NAVARRO**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL
ADVOGADO : JEAN ANDRADE DOS SANTOS E OUTRO(S) - SC013044
RECORRIDO : RICARDO JOSÉ HORN DE ANDRADE
ADVOGADO : GUILHERME SILVEIRA DE ANDRADE - SC033940

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

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 do recurso especial e negou-lhe provimento, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze (Presidente) e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.