

Recurso Especial Cível nº 0194571-02.2019.8.19.0001

Recorrente: CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A

Recorrido: CLUB CARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA

DECISÃO

Trata-se de recurso especial tempestivo, fls. 437/449, com fundamento no artigo 105, inciso III, alínea “a” da Constituição da República, interposto em face de acórdãos da Oitava Câmara de Direito Privado, fls. 413/416 e fls. 433/435, assim ementados:

“Apelação cível. Ação de indenização por dano material. Operadora de plano de saúde que pleiteia o reembolso pelo custeio de despesas médicas de beneficiário que teria omitido de sua declaração de saúde doença preexistente. Contrato entabulado entre as partes que não estabelece que a administradora deve responder por declaração falsa prestada pelo beneficiário. Responsabilidade que é do cliente. Resolução da ANS nº 162 de 2007. Conjunto probatório que não comprova ter a apelada agido com desídia na avaliação do proponente beneficiário. Ausência de prova mínima dos fatos constitutivos do direito da autora/apelante. Artigo 373, I, do CPC. Jurisprudência deste Tribunal em casos semelhantes. Sentença mantida. Recurso desprovido.”

“Embargos declaratórios. Ausência de requisito para sua interposição. Rejeição. Necessidade de existência de perplexidade na decisão, seja por omissão, contradição ou obscuridade. Ausência de quaisquer das deficiências previstas no art. 1.022 do CPC. Manutenção do acórdão embargado. Embargos de declaração conhecidos e rejeitados.”

Inconformado, o recorrente sustenta a violação aos artigos 421-A, II e 422, ambos do Código Civil.

Contrarrazões apresentadas às fls. 460/471.

É o brevíssimo relatório.

O Acordão restou assim fundamentado:

"(...) Analisando-se o contrato de fls. 70/82, verifica-se que, não há, na cláusula 2.2.2, ou em qualquer outra, atribuição de responsabilidade à ré por declaração falsa prestada pelo beneficiário. Com efeito, tem-se que a Resolução Normativa da ANS nº 162 de 2007 estabelece que tal declaração, bem como os efeitos dela advindos, são do beneficiário do plano de saúde, que poderá ter sua cobertura suspensa ou seu contrato unilateralmente rescindido, no caso de ser constatada fraude em sua declaração. Assim, não restou comprovado que incumbia à ré/apelada a avaliação médica da proponente beneficiária do seguro saúde a fim de averiguar eventual doença preexistente, o que, por si só, afasta o dever de indenizar. Além disso, também não se comprovou ter a demandada agido com desídia quando da contratação, não tendo a autora apresentado prova mínima dos fatos constitutivos do direito alegado." (fls. 414)

O detido exame das razões recursais revela que a recorrente ao **alegar que pretende o reembolso das despesas médicas por omissão na declaração de saúde do paciente**, pretende, por via transversa, a revisão de matéria de fato, apreciada e julgada com base nas provas produzidas nos autos, que não perfaz questão de direito, mas tão somente reanálise fático-probatória, inadequada para interposição de recurso especial.

Oportuno realçar, a esse respeito, o consignado no julgamento do REsp 336.741/SP, Rel. Min. Fernando Gonçalves, DJ 07/04/2003, *"(...) se, nos moldes em que delineada a questão federal, há necessidade de se incursionar na seara fático-probatória,*

soberanamente decidida pelas instâncias ordinárias, não merece trânsito o recurso especial, ante o veto da súmula 7-STJ”.

Dessa maneira, pelo que se depreende da leitura do acórdão recorrido, verifica-se que eventual modificação da conclusão do Colegiado passaria pela seara fático-probatória, soberanamente decidida pelas instâncias ordinárias, de modo que não merece trânsito o recurso especial, face ao óbice do **Enunciado nº 7 da Súmula de Jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça** (*A pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial*).

Ressalte-se, ainda, que o Recurso Especial não é a seara destinada à apreciação interpretativa de cláusulas contratuais, consoante pontua o **Enunciado nº 5 da Súmula de jurisprudência do STJ** (*“A simples interpretação de cláusula contratual não enseja recurso especial”*).

Nesse sentido:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. EXAMES DE IMAGEM REALIZADOS EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. RECUSA INDEVIDA. REFORMA DO ACÓRDÃO RECORRIDO. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS NºS 5 E 7 DO STJ. 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. O Tribunal estadual, com arrimo no acervo fático-probatório da causa, concluiu que foi indevida a recusa do plano de saúde à realização, em situação de emergência, de exames de imagem em paciente idosa com diagnóstico de cálculo biliar. 3. A pretensão de alterar tal entendimento, considerando as circunstâncias do caso concreto, demandaria a interpretação de cláusulas contratuais e o reexame de matéria fático-probatória, o que não se admite em âmbito de recurso especial, conforme

dispõem as Súmulas nºs 5 e 7 do STJ. 4. Agravo interno não provido."

"CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. MEDICAMENTO PRESCRITO POR MÉDICO ASSISTENTE. TRATAMENTO DE CÂNCER. RECUSA. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS. DESIMPORTÂNCIA. PRECEDENTES. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. Segundo a jurisprudência desta Corte, o plano de saúde deve custear o tratamento de doença coberta pelo contrato, porquanto as operadoras não podem limitar a terapêutica a ser prescrita, por profissional habilitado, ao beneficiário para garantir sua saúde ou sua vida, esclarecendo, ainda, que tal não é obstado pela ausência de previsão no rol de procedimentos da ANS.

3. No âmbito do REsp 1.733.013/PR, a eg. Quarta Turma firmou o entendimento de que o rol de procedimentos editado pela ANS não pode ser considerado meramente exemplificativo. Em tal precedente, contudo, fez-se expressa ressalva de que a natureza taxativa ou exemplificativa do aludido rol seria desimportante à análise do dever de cobertura de medicamentos para o tratamento de câncer, em relação aos quais há apenas uma diretriz na resolução da ANS (AgInt no REsp n. 1.949.270/SP, relator Ministro MARCO BUZZI, Quarta Turma, julgado em 21/2/2022, DJe de 24/2/2022).

4. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo 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 REsp n. 2.034.025/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 6/3/2023, DJe de 9/3/2023.)"

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. OFENSA AO ART. 535 DO CPC/1973. INEXISTÊNCIA. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAME MÉDICO. SÚMULAS 5 E 7/STJ. COBERTURA SECURITÁRIA DA ENFERMIDADE. RECUSA INDEVIDA. 1. Não há falar em violação ao art. 535 do Código de Processo Civil de 1973, pois, embora rejeitados os embargos de declaração, a matéria em exame foi devidamente enfrentada pelo Tribunal de origem, que emitiu pronunciamento de forma fundamentada, ainda que em sentido contrário à pretensão da parte recorrente. 2. O acolhimento da pretensão recursal sobre a inexistência de abusividade da recusa de custeio do exame médico exigiria a alteração das premissas fático-probatórias estabelecidas pelo acórdão recorrido, com o revolvimento das provas carreadas aos autos, e a interpretação de cláusulas contratuais, atraindo os óbices das Súmulas 5 e 7 do STJ. 3. A operadora de plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não podem limitar o tipo de tratamento a ser utilizado pelo paciente. Dessa forma, sendo fato incontroverso a cobertura securitária para a enfermidade em questão, inviável a insurgência da recorrente pretendendo limitar o tipo de tratamento a que deve se submeter o paciente. 4. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp n. 1.072.960/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 20/6/2017, DJe de 8/9/2017.)”. (grifei).

À vista do exposto, em estrita observância ao disposto no art. 1.030, V do Código de Processo Civil, **INADMITO** o recurso especial interposto, nos termos da fundamentação supra.

Intime-se.



Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro
Gabinete da Terceira Vice-Presidência



Rio de Janeiro, 09 de janeiro de 2025.

Desembargador **MALDONADO DE CARVALHO**
Terceiro Vice-Presidente

