

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.766.181 - PR (2018/0237223-9)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
R.P/ACÓRDÃO : MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
RECORRENTE : OLINDA RAMOS
ADVOGADOS : NILZA APARECIDA SACOMAN BAUMANN DE LIMA - PR038418
ANA PAULA HONORATO - PR081823
RECORRIDO : FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA
PROCURADOR : LIA CORREIA - PR028052
EMENTA

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO. AUTARQUIA MUNICIPAL. AUTOGESTÃO. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE. SÚMULA Nº 608/STJ. LEI DOS PLANOS. APLICABILIDADE. ART. 1º, § 2º, DA LEI Nº 9.656/1998. INTERNAÇÃO DOMICILIAR. *HOME CARE*. VEDAÇÃO. ABUSIVIDADE.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).
2. Cinge-se a controvérsia a discutir a aplicação do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 9.656/1998 à pessoa jurídica de direito público de natureza autárquica que presta serviço de assistência à saúde de caráter complementar aos servidores municipais.
3. Inaplicável o Código de Defesa do Consumidor às operadoras de plano de saúde administrado por entidade de autogestão. Súmula nº 608/STJ.
4. Considerando que as pessoas jurídicas de direito privado são mencionadas expressamente no *caput* do art. 1º da Lei nº 9.656/1998, a utilização do termo "entidade" no § 2º denota a intenção do legislador de ampliar o alcance da lei às pessoas jurídicas de direito público que prestam serviço de assistência à saúde complementar.
5. À luz da Lei nº 9.656/1998, é pacífica a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça no sentido de ser abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (*home care*) como alternativa à internação hospitalar. Precedentes.
6. Distinção entre internação domiciliar e assistência domiciliar, sendo esta entendida como conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.
7. No caso, do contexto delineado no acórdão recorrido, conclui-se que o tratamento pretendido pela autora amolda-se à hipótese de assistência domiciliar, e não de internação domiciliar, o que afasta a obrigatoriedade de custeio do plano de saúde.
8. Recurso especial não provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, prosseguindo no julgamento, após o voto-vista do Sr. Ministro Moura Ribeiro, decide a Terceira Turma, por maioria, negar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, que lavrará o acórdão.

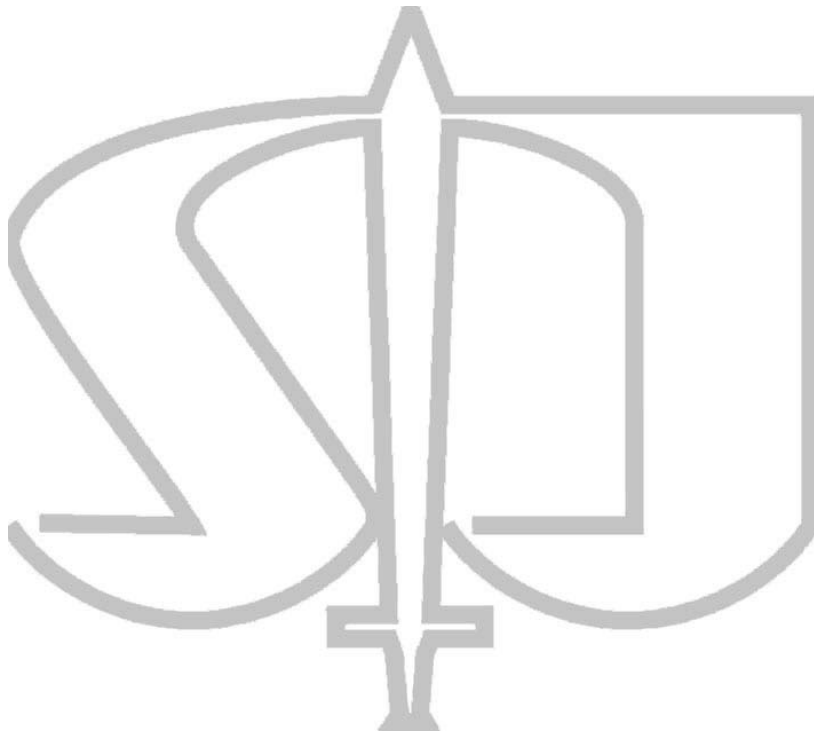
Vencida a Sra. Ministra Nancy Andrichi.

Votaram com o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro (Presidente).

Superior Tribunal de Justiça

Brasília (DF), 03 de dezembro de 2019(Data do Julgamento)

Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
Relator



Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.766.181 - PR (2018/0237223-9)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : OLINDA RAMOS

ADVOGADOS : NILZA APARECIDA SACOMAN BAUMANN DE LIMA - PR038418
ANA PAULA HONORATO - PR081823

RECORRIDO : FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

PROCURADOR : LIA CORREIA - PR028052

RELATÓRIO

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

Cuida-se de recurso especial interposto por OLINDA RAMOS, com fundamento nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/PR.

Ação: de obrigação de fazer c/c indenização por danos materiais e compensação por danos morais, ajuizada pela recorrente, em face de FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA, devido à negativa de cobertura e de ressarcimento quanto às doenças de que é acometida, na qual requer: i) sejam custeados os serviços de enfermagem, fisioterapia e transporte, além da internação domiciliar; ii) o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento; iii) pagamento de compensação por danos morais.

Sentença: julgou improcedentes os pedidos.

Acórdão: negou provimento à apelação interposta pela recorrente, nos termos da seguinte ementa:

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL E MORAL. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA MODALIDADE DE AUTOGESTÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE LONDRINA (CAAPSM). PACIENTE DIAGNOSTICADA COM PARAPLEGIA FLÁCIDA DECORRENTE DE MIELITE TRANSVERSA CAUSADA POR OSTEOMELITE DE COLUNA. SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO DOMICILIAR (HOME CARE). RECUSA DE COBERTURA. PEDIDO IMPROCEDENTE. INSURGÊNCIA DA

AUTORA.(A) INAPLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO (FECHADO). AUSÊNCIA DE INTUITO LUCRATIVO OU OFERTA DE SERVIÇO NO MERCADO. ORIENTAÇÃO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA.(B) NÃO INCIDÊNCIA DA LEI 9.656/98. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO PRESTADO POR AUTARQUIA MUNICIPAL EM FAVOR DE SEUS SERVIORES E PENSIONISTAS. ENQUADRAMENTO DE OPERADORA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE RESTRITO A PESSOAS JURÍDICAS DE DIREITO PRIVADO (ART. 1º, LEI 9.656/98 E RESOLUÇÃO 137/2006 DA ANS). Estado do Paraná Apelação 1.714.495-3 - 8ª Câmara Cível 2(C) EXAME DE VALIDADE DA CLÁUSULA CONTRATUAL COM BASE NO CÓDIGO CIVIL (ART. 424). EXCLUSÃO EXPRESSA DE COBERTURA ASSISTENCIAL DOMICILIAR (ENFERMAGEM PARTICULAR). PECULIAR NATUREZA DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE NA MODALIDADE DE AUTOGESTÃO. NÃO EXPLORAÇÃO DE ATIVIDADE NO MERCADO E AUSÊNCIA DE FINS LUCRATIVOS. REGULAMENTOS E NORMAS RESTRITIVAS QUE BUSCAM PROTEÇÃO DO EQUILÍBRIO ATUARIAL. AUSÊNCIA DE INVALIDADE. ORIENTAÇÃO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA.(D) INEXISTÊNCIA DE ATO ILÍCITO. NEGATIVA DE COBERTURA QUE CARACTERIZOU EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. NÃO CONFIGURAÇÃO DO DEVER DE INDENIZAR.RECURSO NÃO PROVIDO.

Recurso especial: alega violação dos arts. 1º, 10, VI, 12, I, c, II, g, da Lei 9.656/98, bem como dissídio jurisprudencial. Sustenta ser inoportuna a interpretação restritiva da Lei 9.656/98, visto que, tratando-se de planos na esfera da administração pública, a submissão destes à legislação e a todas as normas da ANS derivam diretamente da CF/88 e princípios gerais do direito administrativo.

Contrarrazões apresentadas às fls. 880-884 (e-STJ).

Admissibilidade: o recurso foi admitido pelo TJ/PR.

Competência interna do STJ: os autos foram inicialmente distribuídos para uma das turmas de direito público e, por decisão de fls. 903-905 (e-STJ), redistribuídos a esta turma de direito privado, com fundamento no art. 9º, §1º, do RISTJ.

É o relatório.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.766.181 - PR (2018/0237223-9)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : OLINDA RAMOS

ADVOGADOS : NILZA APARECIDA SACOMAN BAUMANN DE LIMA - PR038418
ANA PAULA HONORATO - PR081823

RECORRIDO : FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE
LONDRINA

PROCURADOR : LIA CORREIA - PR028052

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. SAÚDE SUPLEMENTAR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO QUE DISPONIBILIZA BENEFÍCIO ASSISTENCIAL AOS SEUS SERVIDORES NÃO ESTÁ SUBMETIDA ÀS DISPOSIÇÕES DA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE – 9.656/98. ABRANGÊNCIA APENAS DAS PESSOAS JURÍDICAS DE DIREITO PRIVADO INCLUÍDAS AS CONSTITUÍDAS COMO AUTOGESTÃO PATROCINADAS, INSTITUÍDAS OU MANTIDAS POR ENTIDADE PÚBLICA. INTERPRETAÇÃO DE LEGISLAÇÃO LOCAL. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 280/STF. CDC. SÚMULA 608/STJ. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS RECURSAIS. MAJORAÇÃO.

1. Ação ajuizada em 24/10/16. Recurso especial interposto em 29/01/18. Autos conclusos ao gabinete em 13/03/19. Julgamento: CPC/15.

2. Ação movida tendo como causa o litígio instaurado entre servidora pública e autarquia de previdência social acerca do benefício assistencial de saúde definido em lei de município.

3. O propósito recursal consiste em definir se os benefícios assistenciais de saúde disponibilizados por pessoa jurídica de direito público aos seus servidores e dependentes estão regulados pela Lei 9.656/98.

4. A pessoa jurídica de direito privado que opera plano privado de assistência à saúde está submetida à Lei 9.656/98, ainda que constituída na modalidade de autogestão e vinculada à entidade pública patrocinadora.

5. Apenas as pessoas jurídicas de direito público estão excluídas da abrangência desta Lei.

6. Alcance do art. 1º, caput, da Lei 9.656/98 delimitado em consonância ao sistema normativo da saúde suplementar brasileira, cuja base está definida constitucionalmente.

7. Na hipótese dos autos, não incide a Lei 9.656/98, nem o Código de Defesa do Consumidor. Quanto ao mérito da insurgência, inviável sua apreciação em recurso especial pois demandaria a interpretação de lei local (Súmula 280/STF).

8. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa extensão, não provido, com majoração de honorários advocatícios recursais.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.766.181 - PR (2018/0237223-9)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : OLINDA RAMOS

ADVOGADOS : NILZA APARECIDA SACOMAN BAUMANN DE LIMA - PR038418
ANA PAULA HONORATO - PR081823

RECORRIDO : FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE
LONDRINA

PROCURADOR : LIA CORREIA - PR028052

VOTO

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

O propósito recursal consiste em definir se os benefícios assistenciais de saúde disponibilizados por pessoa jurídica de direito público aos seus servidores e dependentes estão regulados pela Lei 9.656/98.

- Regime jurídico da saúde suplementar brasileira

A CF/88 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, razão pela qual as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

Há expressa autorização constitucional para que a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, sem descuidar, entretanto, que as instituições privadas participem de forma complementar do sistema único de saúde, este de caráter universal e igualitário.

A partir desta base, as normas infraconstitucionais afetas à saúde complementar foram progressivamente tomando espaço no ordenamento jurídico brasileiro pós CF/88, especialmente na disciplina dos contratos de assistência privada à saúde.

Inicialmente, recepcionado o Decreto-lei 73/66, primeiro diploma a

instituir o denominado Seguro-Saúde para dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar, conforme as diretrizes do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). De inegável natureza securitária, a lógica subjacente vinculava a prestação de serviços de saúde a uma apólice disponibilizada por Sociedade Seguradora, com riscos pré-determinados e respectivas coberturas, mediante pagamento de prêmio e submissão ao regime de franquia.

Em seguida, a Lei 9.656/98 tratava originalmente a assistência privada à saúde por meio da disciplina das denominadas operadoras de planos e operadoras de seguros, ambas submetidas ao controle do CNSP, mas com características distintas, sobretudo quanto à disponibilização de serviços próprios e credenciados ou mediante livre escolha dos segurados com posterior reembolso nos limites da apólice.

Interessante notar que a Lei 9.656/98 já foi modificada mais de dez vezes, sendo que a primeira delas ocorreu na mesma data da sua publicação no Diário Oficial da União (DOU) em 4/6/98, por meio da Medida Provisória 1.665/98, ao que vieram sucessivas alterações impostas por Medidas Provisórias (1.801-11/99; 1.908-18/99 e 2.177-44/01) e por Leis (10.223/01; 11.935/09; 12.469/11; 12.738/12; 12.880/13; 13.003/14; 13.127/15; 13.770/18; 13.819/19).

E ainda foi objeto de controle pelo plenário do STF (DJ 7/2/18), que julgou parcialmente procedente o pedido da ação direta de constitucionalidade 1931 para afastar os arts. 10, §2º, e 35-E, que regulavam os contratos celebrados anteriores à sua vigência.

Desta variada, sucessiva e complexa adaptação normativa de que foi objeto esta lei federal, destacarei apenas duas consideradas relevantes para a compreensão do problema jurídico que deve ser resolvido na presente hipótese, sobre (I) a compreensão das operadoras e dos planos de saúde, bem como acerca

do (II) órgão fiscalizador da saúde suplementar, de maneira a fixar (III) o alcance das disposições da Lei 9.656/98.

(I) A redação atual da Lei 9.656/98 superou a concepção originária para conceber apenas a figura da operadora de plano de saúde, assim compreendida por definição do art. 1º, II, como a *pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o plano de saúde*.

Plano privado de assistência à saúde, por sua vez, é definido pelo art. 1º, I, como *prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor*.

Nesse contexto, as operadoras de plano de saúde podem ser constituídas de diversas formas, inclusive assumindo a peculiar condição de entidade de autogestão, desde que sua operação esteja ligada ao produto, serviço ou contrato de que trata o plano de saúde.

Sobre o tema, 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), entendimento cristalizado pela Súmula 608/STJ (DJe 17/4/18).

Superior Tribunal de Justiça

Entre os fundamentos dessa compreensão, 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 de consumo para qualquer pessoa; iv) haver solidariedade na administração da carteira, com interferência direta das coberturas e restrições contratuais.

(II) A regulamentação, fiscalização e controle da saúde complementar era relativamente dispersa, pois vinculada inicialmente, em parte, ao já referido Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), e passou a ser incumbência do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) e sua Câmara de Saúde Suplementar, ambos vinculados ao Ministério da Saúde.

Este cenário foi alterado com a criação de diversas agências reguladoras em variados setores do cenário produtivo brasileiro, tais como: Energia Elétrica (ANEEL), Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP), Telecomunicações (ANATEL), Vigilância Sanitária (ANVISA); Águas (ANA); Transportes Aquaviários (ANTAQ) e Terrestres (ANTT), Cinema (ANCINE), Aviação Civil (ANAC), Mineração (ANM) e Saúde Suplementar (ANS).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pela Medida Provisória 2.012-2/99, convertida na Lei 9.961/00, com a finalidade de ser a instituição competente para *promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.*

No exercício de suas competências legais, a ANS por meio da

Resolução Normativa 137/06, com redação dada pela RN 355/14, definiu como operadora de planos de saúde na modalidade de autogestão:

I – a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários [...]

II – a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários [...]

III – a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor, e aos seguintes beneficiários [...]

E em complemento, para efeito de referida resolução, considera-se:

I – instituidor: a pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins econômicos, que cria a entidade de autogestão;

II – mantenedor: a pessoa jurídica de direito privado que garante os riscos referidos no *caput* do art. 5º mediante a celebração de termo de garantia com a entidade de autogestão; e

III – patrocinador: a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração.

(III) Diante dessas informações, percebe-se que desde a origem constitucional do direito público subjetivo à saúde, foi autorizada a atuação suplementar da iniciativa privada ao sistema único de saúde.

Os planos privados de assistência à saúde disponibilizados para um público específico por meio de entidades de autogestão (*v.g.* servidores

públicos, empregados ou sindicalizados) ou por outras operadoras ao mercado de consumo em geral devem observar as diretrizes da saúde suplementar.

A Lei 9.656/98 disciplina os planos privados de assistência à saúde e por expressa disposição legal (art. 1º, *caput*) não submete ao seu regime tão somente as pessoas jurídicas de direito público. As entidades de autogestão, por serem pessoas jurídicas de direito privado, estão abrangidas pela Lei, ainda que instituídas, mantidas ou patrocinadas por entidade pública.

Nessa linha, os benefícios assistenciais fornecidos por órgãos públicos aos seus servidores e dependentes sequer podem ser conceituados como “plano privado de assistência à saúde”, cuja conotação jurídica é delimitada por lei, com expressa referência à *operadora* de plano de saúde, isto é, pessoa jurídica de direito privado que *opera* este produto.

Assim, não estão abrangidos pela Lei 9.656/98, nem estão submetidos ao poder fiscalizador da ANS, os fundos de previdência social estabelecidos sob o regime de direito público e pautados em legislação local em matéria de seguridade pública.

- Da hipótese dos autos

No particular, a recorrida é uma autarquia pública municipal, constituída e regulada por Lei do Município de Londrina, conforme fundo de previdência social criado em favor de seus servidores (e-STJ fl. 50) e regulamentado por Resolução do Conselho Administrativo da Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Londrina (e-STJ fl. 843).

Inclusive, identifica-se nos autos o ofício da ANS em que expressamente a agência reguladora exclui referida entidade municipal de seu poder fiscalizador, dada sua natureza de direito público (e-STJ fl. 807).

Superior Tribunal de Justiça

Desse modo, por força do art. 1º, *caput*, da Lei 9.656/98, os benefícios assistenciais prestados pelo FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA em favor da recorrente não podem ser definidos como plano privado de assistência a saúde e tampouco estão regulados por referida Lei Federal ou submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Súmula 608/STJ).

Portanto, a solução do mérito da insurgência (alcance do benefício assistencial) exige a interpretação da legislação local, medida inviável em recurso especial, ante o óbice da Súmula 280/STF.

Forte nessas razões, CONHEÇO EM PARTE do recurso especial e, nessa extensão, NEGO-LHE PROVIMENTO, com majoração de honorários advocatícios recursais, anteriormente fixados em 13% (e-STJ fl. 853) para 15% do valor atualizado da causa, observada, contudo, a suspensão da sua exigibilidade em razão da gratuidade da justiça deferida na origem.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2018/0237223-9

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.766.181 / PR

Números Origem: 00687901720168160014 1714495301 687901720168160014

EM MESA

JULGADO: 10/09/2019

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MOURA RIBEIRO**

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. **SAMANTHA CHANTAL DOBROWOLSKI**

Secretário

Bel. **WALFLAN TAVARES DE ARAUJO**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : OLINDA RAMOS

ADVOGADOS : NILZA APARECIDA SACOMAN BAUMANN DE LIMA - PR038418
ANA PAULA HONORATO - PR081823

RECORRIDO : FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE
LONDRINA

PROCURADOR : LIA CORREIA - PR028052

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:

Após o voto da Sra. Ministra Nancy Andrichi, conhecendo em parte do recurso especial e, nesta parte, negando-lhe provimento, pediu vista, antecipadamente, o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Aguardam os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.766.181 - PR (2018/0237223-9)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : OLINDA RAMOS

ADVOGADOS : NILZA APARECIDA SACOMAN BAUMANN DE LIMA - PR038418
ANA PAULA HONORATO - PR081823

RECORRIDO : FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

PROCURADOR : LIA CORREIA - PR028052

VOTO-VISTA
VENCEDOR

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA:

Trata-se, na origem, de ação ordinária ajuizada por OLINDA RAMOS na qual pretende que a ré, ora recorrida, seja compelida a custear a internação e o tratamento domiciliar utilizados pela autora, com a consequente declaração de nulidade das cláusulas contratuais limitativas dos serviços postulados, e a indenizar a autora, por danos morais, no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

Narra a petição inicial que a autora encontra-se em grave situação de saúde e com impossibilidade de locomoção, necessitando dos seguintes tratamentos:

"(...)

1. acompanhamento por cuidador capacitado 24 h/dia.
2. fisioterapia motora e respiratória 5x/semana.
3. sondagem vesical de alívio a ser realizada por enfermeira ou técnica de enfermagem capacitada, seguindo as normas adequadas, na frequência de pelo menos 4x/dia, incluindo os materiais estéreis para o procedimento.
4. curativos em úlceras de pressão (sacral principalmente) e troca de colostomia a ser realizada por profissional capacitado (enfermeira ou técnica de enfermagem), 3x/d.
5. transporte de ambulância de casa para o hospital ou clínicas médicas (e vice-versa) para realização de consultas nos médicos especialistas e para sessões de terapia hiperbárica (esta na Santa Casa de Londrina)"(fls. 9-10 e-STJ).

Os pedidos da exordial foram julgados improcedentes pelo magistrado de primeiro grau (fls. 676/683 e-STJ).

À apelação interposta foi negado provimento pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná em acórdão assim ementado:

"AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL E MORAL. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA MODALIDADE DE AUTOGESTÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE LONDRINA (CAAPSM). PACIENTE DIAGNOSTICADA COM

Superior Tribunal de Justiça

PARAPLEGIA FLÁCIDA DECORRENTE DE MIELITE TRANSVERSA CAUSADA POR OSTEOMELITE DE COLUNA. SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO DOMICILIAR (HOME CARE). RECUSA DE COBERTURA. PEDIDO IMPROCEDENTE. INSURGÊNCIA DA AUTORA. (A) INAPLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO (FECHADO). AUSÊNCIA DE INTUITO LUCRATIVO OU OFERTA DE SERVIÇO NO MERCADO. ORIENTAÇÃO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. (B) NÃO INCIDÊNCIA DA LEI 9.656/98. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO PRESTADO POR AUTARQUIA MUNICIPAL EM FAVOR DE SEUS SERVIDORES E PENSIONISTAS. ENQUADRAMENTO DE OPERADORA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE RESTRITO A PESSOAS JURÍDICAS DE DIREITO PRIVADO (ART. 1º, LEI 9.656/98 E RESOLUÇÃO 137/2006 DA ANS). (C) EXAME DE VALIDADE DA CLÁUSULA CONTRATUAL COM BASE NO CÓDIGO CIVIL (ART. 424). EXCLUSÃO EXPRESSA DE COBERTURA ASSISTENCIAL DOMICILIAR (ENFERMAGEM PARTICULAR). PECULIAR NATUREZA DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE NA MODALIDADE DE AUTOGESTÃO. NÃO EXPLORAÇÃO DE ATIVIDADE NO MERCADO E AUSÊNCIA DE FINS LUCRATIVOS. REGULAMENTOS E NORMAS RESTRITIVAS QUE BUSCAM PROTEÇÃO DO EQUILÍBRIO ATUARIAL. AUSÊNCIA DE INVALIDADE. ORIENTAÇÃO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. (D) INEXISTÊNCIA DE ATO ILÍCITO. NEGATIVA DE COBERTURA QUE CARACTERIZOU EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. NÃO CONFIGURAÇÃO DO DEVER DE INDENIZAR. RECURSO NÃO PROVIDO" (fls. 838/839 e-STJ).

Com efeito, a Corte local entendeu que, por se tratar de "*contratação de plano de saúde na modalidade de autogestão com autarquia municipal (que não possui fins lucrativos) e a disponibilização do serviço somente aos servidores públicos e pensionistas do Município de Londrina (cláusulas 4.1)*", não incidem as regras do Código de Defesa do Consumidor em virtude da inexistência de relação de consumo.

Além disso, afirmou que é inaplicável o disposto na Lei nº 9.656/1998 por ser a ré pessoa jurídica de direito público, que, portanto, não se enquadra na hipótese do art. 1º do referido diploma. Assim, analisou a matéria sob o enfoque do artigo 423 do Código Civil e concluiu pela validade das cláusulas contratuais que preveem a exclusão da cobertura de serviço de enfermagem de caráter particular e de tratamento domiciliar.

Nas razões recursais, a recorrente alega violação dos artigos 1º, 10, VI, e 12, I, "c", II, "g", da Lei nº 9.656/1998. Defende a aplicação do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 9.656/1998 à presente situação. Sustenta que, na hipótese de planos na esfera da administração pública, a submissão destes à legislação e a todas as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS derivam da Constituição Federal e dos princípios gerais de Direito Administrativo.

Contrarrazões às fls. 880/884 (e-STJ).

Superior Tribunal de Justiça

Pedi vista dos autos para melhor compreensão da controvérsia, que gira em torno da aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 9.656/1998 ao caso sob análise.

Em seu voto, a eminente Relatora, Ministra Nancy Andrighi, conheceu parcialmente do recurso especial e negou-lhe provimento nos seguintes termos:

"(...)

No particular, a recorrida é uma autarquia pública municipal, constituída e regulada por Lei do Município de Londrina, conforme fundo de previdência social criado em favor de seus servidores (e-STJ fl. 50) e regulamentado por Resolução do Conselho Administrativo da Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Londrina (e-STJ fl. 843).

Inclusive, identifica-se nos autos o ofício da ANS em que expressamente a agência reguladora exclui referida entidade municipal de seu poder fiscalizador, dada sua natureza de direito público (e-STJ fl. 807).

Desse modo, por força do art. 1º, caput, da Lei 9.656/98, os benefícios assistenciais prestados pelo FUNDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA em favor da recorrente não podem ser definidos como plano privado de assistência a saúde e tampouco estão regulados por referida Lei Federal ou submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Súmula 608/STJ).

Portanto, a solução do mérito da insurgência (alcance do benefício assistencial) exige a interpretação da legislação local, medida inviável em recurso especial, ante o óbice da Súmula 280/STJ".

É o relatório.

O acórdão impugnado pelo recurso especial foi publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

A irrisignação não merece prosperar.

1. Inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor às entidades de autogestão

De início, registra-se a concordância com os fundamentos trazidos no voto da Ministra Relatora quanto à não aplicação do Código de Defesa do Consumidor ao caso dos autos por se tratar de entidade de autogestão.

O Superior Tribunal de Justiça, inclusive, possui entendimento consolidado no sentido de que as entidades de autogestão não visam lucro nem disponibilizam seu produto ao mercado de consumo em geral, inexistindo, portanto, relação de consumo entre o contratante e

a entidade.

A esse respeito, eis o teor da Súmula nº 608/STJ: "*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.*"

2. Da aplicabilidade da Lei nº 9.656/1998 às pessoas jurídicas de direito público

Com relação ao alcance da Lei nº 9.656/1998 e de sua aplicação à autarquia, ora recorrente, respeitosamente, divirjo da Ministra Relatora.

Preliminarmente, para melhor compreensão da controvérsia, convém destacar o contexto social e legislativo que antecedeu a promulgação da referida lei, conhecida como Lei dos Planos de Saúde.

Embora a Constituição Federal tenha facultado a prestação de serviços de saúde, de forma complementar, à iniciativa privada (art. 199, CF/1988), deixou a sua regulamentação para a legislação infraconstitucional. Contudo, por quase 10 (dez) anos, houve uma grande lacuna legislativa no que tange às condições e às exigências básicas para a prestação desse serviço. Como destacado por Mariângela Sarubbo Fragata,

"(...) o cidadão brasileiro ficou sem alternativas: submetia-se às imposições das empresas de convênios médicos ou ficava sem a prestação de serviço. A ausência do controle do Estado sobre as atividades das operadoras de convênios médicos, somada ao imenso volume de associados por contratos de adesão, resultou em hipertrofia da vontade do fornecedor de serviços. O desequilíbrio contratual tornou-se regra. Diante da torpeza na edição destas leis, o Poder Judiciário foi cada vez mais suscitado para decidir conflitos que poderiam ter sido evitados.

Dentre os principais objetos de litígio estão as cláusulas de exclusão de doenças crônicas, infecto-contagiosas, preexistentes, além de tratamentos de cunho estético; a exigência de períodos de carência; as cláusulas de reajuste extraordinário nas mudanças de faixa etária, muitas vezes em percentuais excessivos, omitidos no contrato". (A Saúde na Constituição Federal e o contexto para recepção da Lei 9.656/98, págs. 177/185. In: BENJAMIN, Antônio Herman V., e MARQUES, Cláudia Lima (coord.), Saúde e Responsabilidade 2: A Nova Assistência Privada à Saúde, 2008)

Como se sabe, muitos dos contratos anteriores à Lei nº 9.656/1998 excluía determinadas patologias como câncer, doenças congênitas ou crônicas, limitação que contraria a natureza do contrato de plano de saúde.

Superior Tribunal de Justiça

A partir da nova legislação, foram estabelecidos padrões mínimos de cobertura, que passaram a ser exigidos das operadoras de planos de saúde. Assim, por exemplo, quando a contratação incluir atendimento ambulatorial, o número de consultas médicas não pode ser limitado (art. 12, I, "a"); e quando o contrato incluir atendimento hospitalar, é vedada a limitação de prazo para internação (art. 12, II, "a"). O art. 35-C também definiu como obrigatória a cobertura do atendimento em casos de emergência, urgência e de planejamento familiar.

Com efeito, é fundamental que um setor tão importante como a assistência médica supletiva possua uma legislação adequada e compatível com a realidade social.

Nesse contexto, a Lei dos Planos de Saúde teve por objetivo dar eficácia aos dispositivos constitucionais e resolver parte das controvérsias envolvendo a discussão de cláusulas em contratos de adesão, por vezes tidas como abusivas pelo Poder Judiciário.

No caso, trata-se de ação ajuizada por Olinda Ramos na qual pretende a condenação da Caixa de Assistência, Aposentadoria e Pensões dos Servidores Municipais de Londrina - CAAPSMML - ao pagamento das despesas de sua internação e tratamento médico domiciliar.

A recorrida é pessoa jurídica de direito público de natureza autárquica, criada pela Lei Municipal nº 345/1956 cuja finalidade inicial era "*conceder assistência médica, farmacêutica, assistência odontológica, pensão por morte, auxílio funeral, auxílio-natalidade, auxílio-enfermidade e concessão de empréstimos simples para os servidores estatutários da Prefeitura Municipal de Londrina*" (informação disponível em: www.caapsml.com.br/index.php/institucional/nossa-historia.html).

Consta de seu sítio eletrônico que leis municipais (Leis Municipais nº 2.517/1974 e nº 5.269/1992) alteraram a sua denominação e atribuições sem, contudo, modificar sua natureza jurídica. Atualmente, a Caixa de Assistência, Aposentadoria e Pensões dos Servidores Municipais de Londrina - CAAPSMML presta serviços de assistência à saúde e previdência social aos servidores municipais de Londrina e seus dependentes, sendo a aquisição do Plano de Saúde de natureza facultativa.

A natureza jurídica de direito público da recorrente, de fato, destoa da maioria das entidades criadas por entes públicos para prestar assistência à saúde de caráter suplementar a seus servidores. Em regra, tais serviços são prestados por fundações públicas de direito privado, como é o caso, por exemplo, da GEAP, criada em 1945 para prestar assistência à saúde a servidores públicos federais.

Superior Tribunal de Justiça

Apesar de a Lei dos Planos de Saúde dispor, de forma expressa, que estão submetidas às suas disposições as pessoas jurídicas de direito privado (art. 1º, *caput*, da Lei nº 9.656/1998), em seu § 2º há ampliação de sua abrangência para também incluir outras espécies de entidades que mantenham sistemas de assistência à saúde, conforme se observa:

"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

(...)

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração." (grifou-se)

Não se antevê nenhum impedimento legal à aplicação da Lei nº 9.656/1998 às autarquias.

A utilização das expressões "entidade" e "empresas" no § 2º, conceitos jurídicos amplos e não propriamente técnicos, bem como a inserção das "cooperativas" com a Medida Provisória nº 2.177-44 em 2001, denotam a intenção do legislador de ampliar a aplicação da Lei dos Planos a todas as pessoas jurídicas que atuem prestando serviços de saúde suplementar.

Observa-se que o termo entidade, em diversos ramos do Direito, é utilizado como um gênero para designar pessoas jurídicas em geral, sendo usado algumas vezes para se referir a pessoas jurídicas de natureza privada e outras em relação a pessoas jurídicas de direito público.

No Direito Administrativo, por exemplo, o termo é comumente empregado para se referir à administração indireta, independentemente de sua natureza jurídica. Maria Sylvia Zanella Di Pietro, ao abordar o tema "Entidades da Administração Indireta", afirma que

"(...)

Compõem a Administração Indireta, no direito positivo brasileiro, as autarquias, as fundações instituídas pelo Poder Público, as sociedades de economia mista, as empresas públicas e os consórcios públicos. (...)

Dessas entidades, a autarquia é pessoa jurídica de direito público, a fundação e o consórcio público podem ser de direito público ou privado, dependendo do regime que lhes for atribuído pela lei instituidora; as demais são pessoas jurídicas de direito privado" (Direito Administrativo, 28ª ed., 2015, pág. 528).

Superior Tribunal de Justiça

O mesmo emprego de "*entidade*" pode ser visto nas lições de Diogo de Figueiredo Moreira Neto, quando, por exemplo, conceitua autarquia como "*uma entidade estatal da administração indireta, criada por lei, com personalidade de direito público, descentralizada funcionalmente, para desempenhar competências próprias e específicas (...)*" (Curso de Direito Administrativo: Parte Introdutória, Parte Geral e Parte Especial, 15ª ed., 2009, pág. 285).

Ainda de forma exemplificativa, citam-se alguns casos em que a legislação utiliza o termo "*entidade*" para se referir a pessoas de direito público:

- art. 41 do Código Civil de 2002: "*São pessoas jurídicas de direito público interno: V - as demais entidades de caráter público criadas por lei.*"
- art. 103 do CC/2002: "*O uso comum dos bens públicos pode ser gratuito ou retribuído, conforme for estabelecido legalmente pela entidade a cuja administração pertencerem.*"
- art. 82, III, do Código de Defesa do Consumidor: "*Para os fins do art. 81, parágrafo único, são legitimados concorrentemente: III - as entidades e órgãos da Administração Pública, direta ou indireta, ainda que sem personalidade jurídica, especificamente destinados à defesa dos interesses e direitos protegidos por este código.*"

Também a Constituição Federal utiliza o termo "*entidade*" como substituto de pessoas jurídicas, cabendo mencionar o disposto no art. 37, inciso XX, quando a expressão é usada para se referir a autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista e fundação.

Ademais, considerando que o *caput* do artigo 1º faz menção expressa às pessoas jurídicas de direito privado, pode-se interpretar que a escolha do termo entidade no § 2º se refere, de fato, à ampliação da aplicação da lei para todas as pessoas jurídicas que prestam os serviços de assistência à saúde suplementar, até porque não faria sentido a utilização de termos distintos.

Assim, as entidades de direito público que optem por prestar serviços de assistência à saúde suplementar não podem ser colocadas à margem da incidência da Lei dos Planos eximindo-se de observar as disposições mínimas estabelecidas pelo legislador para os contratos dessa natureza, sob pena de possibilitar o desvirtuamento da intenção legislativa de assegurar aos usuários direitos mínimos.

Além de não haver impedimento legal para a aplicação da Lei nº 9.656/1998 ao

caso, é relevante destacar que, no caso dos autos, por se tratar de sistema de autogestão, também não há incidência das regras consumeristas.

Dessa forma, não há como afastar a autarquia ré do âmbito de aplicação da Lei nº 9.656/1998 pelo simples fato de ser uma pessoa jurídica de direito público, pois, nessa hipótese, a incidência das normas do Código Civil geraria um desequilíbrio contratual entre a entidade operadora do plano de saúde e os seus respectivos usuários, vedado pelo ordenamento jurídico em geral no que tange ao regime de saúde suplementar.

3. Da abusividade da vedação abstrata de internação domiciliar

Partindo-se do entendimento de que a Lei nº 9.656/1998 é aplicável ao caso, as cláusulas contratuais apontadas pela autora e examinadas pelo Tribunal de origem, que limitam a cobertura de internação domiciliar, são abusivas.

Com efeito, o entendimento do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de ser abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar como alternativa à internação hospitalar, visto que, da natureza do negócio firmado (arts. 423 e 424 do CC), há situações em que tal procedimento é altamente necessário para a recuperação do paciente sem comprometer o equilíbrio financeiro do plano considerado coletivamente.

Confirmam-se:

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO HOSPITALAR. ATENDIMENTO MÉDICO DOMICILIAR. CONVERSÃO. POSSIBILIDADE. HOME CARE. CLÁUSULA CONTRATUAL OBSTATIVA. ABUSIVIDADE.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. A Segunda Seção desta Corte Superior consagrou o entendimento de não se aplicar o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, haja vista a inexistência de relação de consumo (Súmula nº 608/STJ).

3. É abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar como alternativa à internação hospitalar, visto que, da natureza do negócio firmado (arts. 423 e 424 do CC), há situações em que tal procedimento é altamente necessário para a recuperação do paciente sem comprometer o equilíbrio financeiro do plano considerado coletivamente.

4. Agravo interno não provido" (AgInt no AREsp 1.185.766/MS, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 12/6/2018, DJe 18/6/2018 - grifou-se).

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE

Superior Tribunal de Justiça

SAÚDE. 1. SERVIÇO DE HOME CARE PRESCRITO PELO MÉDICO DO BENEFICIÁRIO. RECUSA INDEVIDA À COBERTURA. DANO MORAL CONFIGURADO. SÚMULA 83/STJ. 2. MONTANTE INDENIZATÓRIO. PLEITO DE REDUÇÃO. NÃO DEMONSTRADA A ABUSIVIDADE NO VALOR FIXADO NAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS. SÚMULA 7/STJ. 3. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC. INOVAÇÃO RECURSAL. 4. AGRAVO DESPROVIDO.

1. O entendimento exarado no aresto impugnado encontra amparo na jurisprudência do STJ que dispõe no sentido de configurar dano moral indenizável a recusa injustificada pela operadora de plano de saúde à cobertura de despesas com serviço de internação domiciliar (home care) prescrito pelo médico ao beneficiário. Súmula 83/STJ.

2. A jurisprudência desta Corte é firme no sentido de que a redução ou majoração do quantum indenizatório é possível somente em hipóteses excepcionais, quando manifestamente irrisória ou exorbitante a indenização arbitrada, sob pena de incidência do óbice da Súmula n. 7 do STJ.

3. A questão referente à incidência do CDC ao caso não foi objeto de impugnação no momento oportuno, mas tão somente nas razões desta insurgência, configurando-se a inovação recursal.

4. Agravo interno desprovido" (AgInt no AREsp 1.119.470/PE, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 24/10/2017, DJe 6/11/2017 - grifou-se).

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. TEMPESTIVIDADE. COMPROVAÇÃO DA SUSPENSÃO DO PRAZO NO ATO DA INTERPOSIÇÃO RECURSAL. OCORRÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO HOME CARE. TRATAMENTO PRESCRITO POR PROFISSIONAL HABILITADO. RECUSA INDEVIDA. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO PROVIDO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL NÃO PROVIDO.

1. Agravo interno contra decisão da Presidência que não conheceu do agravo em recurso especial, por intempestividade. Reconsideração.

2. De acordo com a orientação jurisprudencial do STJ, o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tratamento, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento domiciliar quando essencial para garantir a saúde ou a vida do segurado, como no caso em questão.

3. Agravo interno provido para conhecer do agravo e negar provimento ao recurso especial" (AgInt no AREsp 1.362.837/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 20/8/2019, DJe 9/9/2019 - grifou-se).

Assim, à luz da Lei nº 9.656/1998 e da jurisprudência desta Corte Superior, devem ser consideradas abusivas as cláusulas contratuais que excluem em abstrato a internação domiciliar.

4. Do caso sob exame

A despeito da abusividade da vedação em abstrato da cobertura de internação domiciliar, na hipótese vertente não há como dar provimento ao pedido da recorrente.

No caso sob exame, a autora, ora recorrente, alega que necessita de internação

Superior Tribunal de Justiça

e tratamento domiciliar, de acordo com o atestado médico juntado aos autos.

Contudo, o contexto fático delineado no acórdão recorrido é suficiente para concluir que o tratamento pretendido pela autora amolda-se, na verdade, à hipótese de assistência domiciliar, hipótese que afasta a obrigatoriedade de custeio do plano de saúde.

A distinção entre a assistência domiciliar e a internação domiciliar (*home care*) já foi enfrentada por esta Turma, como se observa dos seguintes julgados:

"RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. 'HOME CARE'. ALTA GRADATIVA. REDUÇÃO DO REGIME DE 24H/DIA PARA 3H/DIA. DISTINÇÃO ENTRE INTERNAÇÃO DOMICILIAR E ASSISTÊNCIA DOMICILIAR. CONSIDERAÇÕES SOBRE O EQUILÍBRIO DO CONTRATO. CASO CONCRETO. LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE RECOMENDANDO A MANUTENÇÃO DO REGIME DE 24 H/DIA. INVERSÃO DO JULGADO. ÓBICE DA SÚMULA 7/STJ.

1. Controvérsia acerca da alta gradativa (ou 'desmame') do serviço de 'home care' oferecido pela operadora de plano de saúde, não obstante a ausência de previsão contratual.

2. Distinção entre internação domiciliar e assistência domiciliar, como modalidades do serviço de 'home care'.

3. Caso concreto em que o acórdão recorrido encontra-se fundamentado, dentre outras provas, no laudo do médico assistente, recomendando a manutenção da assistência em regime de 24 horas diárias.

4. Inviabilidade de se contrastar o entendimento do Tribunal de origem, quanto a esse ponto, em virtude das limitações da cognição desta Corte Superior em matéria probatória. Óbice da Súmula 7/STJ.

5. Julgamento conjunto do recurso especial interposto nos autos da cautelar denominada (REsp 1.599.435/RJ).

6. RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO" (REsp 1.599.436/RJ, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 23/10/2018, DJe 29/10/2018 - grifou-se).

"RECURSO ESPECIAL. SAÚDE SUPLEMENTAR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANOS DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. MAL DE PARKINSON E COMORBIDADES. HOME CARE. INTERNAÇÃO DOMICILIAR. DISTINÇÃO. ASSISTÊNCIA DOMICILIAR. PRESCRIÇÃO MÉDICA. CONFIGURADA A ABUSIVIDADE DA NEGATIVA DE COBERTURA PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE.

1. O propósito recursal consiste em definir se a operadora de plano de saúde deve ser compelida a fornecer cobertura de internação domiciliar à paciente enferma e portadora de Mal de Parkinson.

2. A atenção domiciliar de pacientes enfermos pode ocorrer nas modalidades de: i) assistência domiciliar, entendida como o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio; e ii) internação domiciliar, conceituada como o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC 11/06.

Superior Tribunal de Justiça

3. No particular, para além do Mal de Parkinson e até pela idade avançada aos 81 anos de idade, a recorrente apresenta comorbidades e são elas que estão a exigir o fornecimento de home care (internação domiciliar). Assim, há expectativa legítima em receber o tratamento médico conforme a prescrição do neurologista, sobretudo quando considerados os 34 anos de contribuição para o plano de saúde e a grave situação de moléstia, com comorbidades que exigem inclusive dieta enteral, aspiração frequente e imobilismo.

4. Recurso especial conhecido e provido" (REsp 1.728.042/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Rel. p/ Acórdão Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 23/10/2018, DJe 8/11/2018 - grifou-se).

De fato, o acórdão recorrido consignou o diagnóstico da autora e quais os tratamentos pleiteados:

"(...)

O atestado firmado pelo médico Alexandre Basso Preti, indica que a autora está sob seu acompanhamento desde setembro/2015, com os seguintes diagnósticos: *sequela de mielite lumbosacral (CID10, G.04.8/G.9), polirradiculoneurite inflamatória, permanecendo com paraplegia flácida (G.82.0), bexiga neurogênica (G.95.8), úlceras de pressão em região sacral e em tratamento de osteomielite crônica sacral (M.86.6). Ademais, se encontra restrita a cadeira de rodas devido a paraplegia (mov. 1.16).*

Frente a esse quadro patológico o médico assistente afirmou que a autora necessita de cuidados de outras pessoas durante 24 horas e solicitou:

- 1) Acompanhamento por cuidador capacitado 24 horas por dia;
- 2) Fisioterapia motora e respiratória cinco vezes por semana;
- 3) Sondagem vesical de alívio quatro (4) vezes ao dia, efetuada por enfermeiro ou técnico de enfermagem especializado, bem como os materiais estéreis para o procedimento;
- 4) Curativos em úlceras de pressão, sacral principalmente e troca da bolsa de colostomia por profissional capacitado, três (3) vezes ao dia;
- 5) Transporte de ambulância para realização de consultas nos médicos especialistas e para sessões de terapia hiperbárica na Santa Casa de Londrina (mov. 1.16)"(fl. 847 e-STJ).

Assim, verifica-se que, na espécie, não se trata de internação domiciliar como alternativa à internação hospitalar, mas de assistência domiciliar, entendida como o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

Desse modo, rogando as mais respeitosas vênias à Relatora, Ministra Nancy Andrighi, entendo pela aplicabilidade da Lei nº 9.656/1998 ao presente caso. Contudo, diante do contexto fático-probatório delineado nos autos, verifica-se que a pretensão da autora não se amolda à hipótese de internação domiciliar.

Ante o exposto, nego provimento ao recurso especial, por fundamentação diversa.

Superior Tribunal de Justiça

Na origem, os honorários advocatícios foram fixados em 13% (treze por cento) sobre o valor atualizado da causa (fl. 853 e-STJ), os quais devem ser majorados para 15% (quinze por cento) em favor do advogado da parte recorrida, nos termos do voto da Ministra Relatora.

É o voto.



**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2018/0237223-9

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.766.181 / PR

Números Origem: 00687901720168160014 1714495301 687901720168160014

PAUTA: 12/11/2019

JULGADO: 12/11/2019

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MOURA RIBEIRO**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ONOFRE DE FARIA MARTINS**

Secretário

Bel. **WALFLAN TAVARES DE ARAUJO**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : OLINDA RAMOS

ADVOGADOS : NILZA APARECIDA SACOMAN BAUMANN DE LIMA - PR038418
ANA PAULA HONORATO - PR081823

RECORRIDO : FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE
LONDRINA

PROCURADOR : LIA CORREIA - PR028052

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:

Prosseguindo no julgamento, após o voto-vista do Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, acompanhando a Sra. Ministra Relatora, mas por outros fundamentos, negando provimento ao recurso especial, pediu vista regimental a Sra. Ministra Nancy Andrichi. Aguardam os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.766.181 - PR (2018/0237223-9)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : OLINDA RAMOS

ADVOGADOS : NILZA APARECIDA SACOMAN BAUMANN DE LIMA - PR038418
ANA PAULA HONORATO - PR081823

RECORRIDO : FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE
LONDRINA

PROCURADOR : LIA CORREIA - PR028052

VOTO

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

Na sessão do dia 12/11, o Min. Cueva inaugurou divergência sobre a interpretação do art. 1º, da Lei 9.656/98, para afirmar a tese, em síntese, de que “as pessoas jurídicas de direito público que optem por prestar serviços de assistência à saúde suplementar não podem ser colocadas à margem da incidência da Lei dos Planos eximindo-se de observar as disposições mínimas estabelecidas pelo legislador para os contratos dessa natureza, sob pena de possibilitar o desvirtuamento da intenção legislativa de assegurar aos usuários direitos mínimos”.

Sobre esta posição, registre-se que a Lei 9.656/98 faz expressa referência que se submetem às suas disposições “as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde” (art. 1º).

O §2º, do art. 1º, ao inserir as cooperativas e as entidades ou empresas na abrangência da Lei, direciona-se às cooperativas médicas (entre as quais se destaca o sistema UNIMED) e às entidades de autogestão, por vezes vinculadas ao departamento de benefícios e recursos humanos das empresas, evidenciando o regime de contratação dos planos coletivos empresariais e por adesão. Este dispositivo também se refere às administradoras de benefícios, que vieram a ser regulamentadas por meio da RN 196/2009 da ANS, com expresse

fundamento ao art. 1º, §2º, da Lei 9.656/98.

Nessa linha, a interpretação ampliativa sugerida pelo I. Relator, respeitosamente, acaba por vincular as pessoas jurídicas de direito público fundadas em regime jurídico administrativo e não contratual-privado, ao arrepio do disposto expressamente pelo próprio art. 1º, *caput*, da Lei 9.656/98.

Frise-se que as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de saúde e que são vinculadas às pessoas jurídicas de direito público patrocinadoras estão abrangidas pela Lei, a exemplo do Programa de Assistência aos Servidores do STJ, uma associação privada que recebe custeio do plano de saúde por uma instituição pública. Não há dúvidas de sua submissão às disposições da Lei 9.656/98, bem como sua sujeição ao poder regulador da ANS.

Hipótese diversa, entretanto, é a retratada nos autos, em que o Município de Londrina criou uma autarquia que cuida da previdência social dos servidores conforme disposto em Lei municipal e, no meu modo de ver, não submetido aos ditames da Lei dos Planos Privados de Assistência à Saúde.

Levando em conta essas razões, além daquelas já declinadas inicialmente, mantenho meu voto pela abrangência da Lei 9.656/98 de todas as pessoas jurídicas de direito privado que operam plano de saúde, excluindo apenas e tão somente as pessoas jurídicas de direito público.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2018/0237223-9

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.766.181 / PR

Números Origem: 00687901720168160014 1714495301 687901720168160014

PAUTA: 12/11/2019

JULGADO: 19/11/2019

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MOURA RIBEIRO**

Subprocurador-Geral da República

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

Secretário

Bel. **WALFLAN TAVARES DE ARAUJO**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : OLINDA RAMOS

ADVOGADOS : NILZA APARECIDA SACOMAN BAUMANN DE LIMA - PR038418
ANA PAULA HONORATO - PR081823

RECORRIDO : FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE
LONDRINA

PROCURADOR : LIA CORREIA - PR028052

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:

Prosseguindo no julgamento, após a vista regimental da Sra. Ministra Nancy Andrighi, ratificando seu voto e a ratificação do voto do Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva acompanhando na conclusão, por fundamentação diversa, no que foi acompanhado pelo Sr. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, pediu vista antecipada o Sr. Ministro Moura Ribeiro. Aguarda o Sr. Ministro Marco Aurélio Bellizze.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.766.181 - PR (2018/0237223-9)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : OLINDA RAMOS
ADVOGADOS : NILZA APARECIDA SACOMAN BAUMANN DE LIMA - PR038418
ANA PAULA HONORATO - PR081823
RECORRIDO : FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE LONDRINA
PROCURADOR : LIA CORREIA - PR028052

VOTO-VISTA

O EXMO. SR. MINISTRO MOURA RIBEIRO: Os autos noticiam que OLINDA RAMOS (SEGURADA) propôs ação de obrigação de fazer c/c nulidade de cláusula contratual e indenização por danos materiais e morais contra o FUNDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA (SEGURADORA), diante da ilegalidade na recusa do custeio do *home care* e ressarcimento das despesas com o tratamento e medicamentos necessários para o acompanhamento da doença que lhe acometeu.

O pedido foi julgado improcedente, mantida a sentença em apelação, cujo acórdão encontra-se assim ementado:

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL E MORAL. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA MODALIDADE DE AUTOGESTÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE LONDRINA (CAAPSM). PACIENTE DIAGNOSTICADA COM PARAPLEGIA FLÁCIDA DECORRENTE DE MIELITE TRANSVERSA CAUSADA POR OSTEOMELITE DE COLUNA. SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO DOMICILIAR (HOME CARE). RECUSA DE COBERTURA. PEDIDO IMPROCEDENTE. INSURGÊNCIA DA AUTORA.

(A) INAPLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO (FECHADO). AUSÊNCIA DE INTUITO LUCRATIVO OU OFERTA DE SERVIÇO NO MERCADO. ORIENTAÇÃO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA.

(B) NÃO INCIDÊNCIA DA LEI 9.656/98. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO PRESTADO POR AUTARQUIA MUNICIPAL EM FAVOR DE SEUS SERVIDORES E PENSIONISTAS. ENQUADRAMENTO DE OPERADORA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE RESTRITO A PESSOAS JURÍDICAS DE DIREITO PRIVADO (ART. 1º, LEI 9.656/98 E RESOLUÇÃO 137/2006 DA ANS).

(C) EXAME DE VALIDADE DA CLÁUSULA CONTRATUAL COM BASE NO CÓDIGO CIVIL (ART. 424). EXCLUSÃO EXPRESSA DE COBERTURA ASSISTENCIAL DOMICILIAR (ENFERMAGEM PARTICULAR). PECULIAR NATUREZA DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE NA MODALIDADE DE AUTOGESTÃO. NÃO EXPLORAÇÃO DE ATIVIDADE NO MERCADO E AUSÊNCIA DE FINS LUCRATIVOS. REGULAMENTOS E NORMAS RESTRITIVAS QUE BUSCAM PROTEÇÃO DO EQUILÍBRIO ATUARIAL. AUSÊNCIA DE INVALIDADE. ORIENTAÇÃO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA.

(D) INEXISTÊNCIA DE ATO ILÍCITO. NEGATIVA DE COBERTURA QUE CARACTERIZOU EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. NÃO CONFIGURAÇÃO DO DEVER DE INDENIZAR. RECURSO NÃO PROVIDO. (e-STJ, fl. 838/839)

Contra esse julgado a SEGURADA interpôs recurso especial fundamentado nas alíneas a e c do permissivo constitucional, alegando (1) a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor com relação ao contrato de plano de saúde firmado com a seguradora, assim como (2) dos arts. 10, VI, c/c 12, I, alínea c e II, alínea g, todos da Lei dos Planos de Saúde. Pugnou, ao final, a procedência do pedido, com a determinação do custeio da internação domiciliar, o ressarcimento dos pagamentos já realizados e indenização por dano moral.

Foram apresentadas contrarrazões.

Admitido pelo juízo prévio de admissibilidade, os autos foram distribuídos para a Ministra NANCY ANDRIGHI.

Levado o feito a julgamento perante a Terceira Turma, Sua Excelência negou provimento ao recurso especial sob o fundamento de que *não estão abrangidos pela Lei 9.656/95, nem estão submetidos ao poder fiscalizador da ANS, os fundos de previdência social estabelecidos sob o regime de direito público e pautados em legislação local em matéria de seguridade pública.*

O Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, após pedido de vista, proferiu voto acompanhando a e. Relatora pelo não provimento do apelo nobre, porém por outro fundamento: diferentemente do propugnado, a Lei dos Planos de Saúde é aplicável às pessoas jurídicas de direito público que prestam assistência médica suplementar e, no caso dos autos, o contrato **não** prevê cobertura para assistência domiciliar.

Para melhor exame da matéria, pedi vista dos autos.

É incontroverso que a SEGURADORA presta serviço de saúde suplementar aos servidores municipais de Londrina, na modalidade de autogestão.

Diante dessa característica, desde já se pode afastar a incidência do

Superior Tribunal de Justiça

Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula nº 608 do STJ, *verbis*: *Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, **salvo os administrados por entidades de autogestão.***

Sobre a incidência da Lei nº 9.656/95, peço vênica a Ministra NANCY ANDRIGHI, para acompanhar a interpretação dada pelo Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA ao § 2º do art. 1º da referida legislação federal.

Eis o seu teor:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições

[...]

*§ 2º **Incluem-se na abrangência desta Lei** as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o §1º deste artigo, bem assim **as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.***

Depreende-se que além das pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência a saúde, expressamente previsto no *caput* do art. 1º da Lei nº 9.656/98, o legislador ampliou a incidência da norma para qualquer um que promova essa atividade. A inserção dos termos *entidades ou empresas* no seu § 2º, de conceito jurídico indeterminado, tem a nítida intensão de regular e proteger, da forma mais ampla possível, os envolvidos na relação cuja natureza jurídica seja a prestação de assistência a saúde.

Como bem ressaltado pelo Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, muitos são os casos que o Direito Administrativo se refere às pessoas jurídicas de direito público como ente ou entidade.

Dessa forma, entendo por aplicável a Lei dos Planos de Saúde a autarquia que promove assistência a saúde.

Passa-se, então, ao pleito de concessão de internação domiciliar (*home care*).

Nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC 11/06, a atenção domiciliar de pacientes enfermos se dá de duas formas: assistência e internação domiciliar. A primeira refere-se ao conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio; a segunda, pelo conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo

integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça entende ser abusiva a recusa do Plano de Saúde em atender ao pedido de **internação** domiciliar, por se revelar incompatível com a equidade e a boa-fé contratual, uma vez que essa modalidade é equiparada a internação hospitalar (REsp 1537301/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, DJe 23/10/2015).

Na espécie, a SEGURADA foi diagnosticada com sequela de mielite lombosacral (CID10, G.04.8/G.9), polirradiculoneurite inflamatória, permanecendo com paraplegia flácida (G.82.0), bexiga neurogênica (G.95.8), úlceras de pressão em região sacral e em tratamento de osteomielite crônica sacral (M.86.6), encontrando-se restrita a cadeira de rodas devido a paraplegia, razão pela qual necessita, de acordo com atestado médico juntado aos autos, de cuidador capacitado 24 horas por dia; fisioterapia motora e respiratória cinco vezes por semana; sondagem vesical de alívio; curativos em úlceras de pressão, sacral principalmente e troca da bolsa de colostomia e transporte de ambulância para realização de consultas nos médicos especialistas e para sessões de terapia hiperbárica.

Pelas circunstâncias apresentadas, a SEGURADA se enquadra na modalidade **assistência** domiciliar, haja vista que, apesar dos cuidados exigidos para o seu tratamento, são procedimentos rotineiros, que não exigem o mesmo desvelo de uma internação, em que as funções vitais do paciente e o uso de medicamentos devem ser monitorados e ministrados de forma mais atenta.

Não se verifica, portanto, a abusividade na recusa da SEGURADORA quanto ao pedido de custeio do *home care* e ressarcimento das despesas com o tratamento e medicamentos da SEGURADA.

Ainda, extrai-se do acórdão recorrido que o contrato excluiu expressamente a cobertura de **assistência** domiciliar.

Nessas condições, NEGO PROVIMENTO provimento ao recurso especial, acompanhando os fundamentos adotados pelo Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, rogando vênias ao entendimento proferido pela Relatora, Ministra NANCY ANDRIGHI.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2018/0237223-9

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.766.181 / PR

Números Origem: 00687901720168160014 1714495301 687901720168160014

PAUTA: 12/11/2019

JULGADO: 03/12/2019

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Relator para Acórdão

Exmo. Sr. Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MOURA RIBEIRO**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **DURVAL TADEU GUIMARÃES**

Secretário

Bel. **WALFLAN TAVARES DE ARAUJO**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : OLINDA RAMOS

ADVOGADOS : NILZA APARECIDA SACOMAN BAUMANN DE LIMA - PR038418
ANA PAULA HONORATO - PR081823

RECORRIDO : FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE
LONDRINA

PROCURADOR : LIA CORREIA - PR028052

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:

Prosseguindo no julgamento, após o voto-vista do Sr. Ministro Moura Ribeiro, a Terceira Turma, por maioria, negou provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, que lavrará o acórdão. Vencida a Sra. Ministra Nancy Andrighi. Votaram com o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro (Presidente).