

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.850.781 - SP (2019/0296855-9)
RELATOR : MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
RECORRENTE : MARIA THEREZA PEREIRA DE LYRA COLLOR DE MELLO HALBREICH
ADVOGADO : ADRIANO BLATT - SP329706
RECORRIDO : BUPA INSURANCE LIMITED
ADVOGADOS : ELIANE CRISTINA CARVALHO TEIXEIRA E OUTRO(S) - SP163004
GLÁUCIA MARA COELHO - SP173018
EDUARDO PERAZZA DE MEDEIROS - SP259697
ARIANA JULIA DE ALMEIDA ANFE - SP309279
ADVOGADOS : JANAINA SANTOS CASTRO - DF046175
FLÁVIA GOTTARDI MORELLI - SP357606

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

Trata-se de recurso especial interposto por MARIA THEREZA PEREIRA DE LYRA COLLOR DE MELLO HALBREICH, com fundamento no artigo 105, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal, contra o acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Noticiam os autos que a recorrente ajuizou ação ordinária contra BUPA INSURANCE LIMITED, objetivando a revisão de reajustes das anuidades do seguro saúde internacional que foi contratado, visto que os percentuais utilizados não observaram aqueles divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os planos de assistência médica individuais. Buscou, assim, a exclusão dos aumentos que ultrapassaram os limites anuais autorizados pela aludida agência reguladora, com a consequente devolução dos valores cobrados a maior.

O magistrado de primeiro grau, entendendo que o *"(...) seguro em questão possui características diversas dos planos de saúde nacionais, notadamente quanto à abrangência, que engloba o reembolso de despesas médicas realizadas em diversos países"* (fl. 444), o que afastaria a pretensão de aplicação dos *"(...) índices de reajustes estipulados pela Agência Nacional de Saúde, que levam em conta o tratamento do segurado em território nacional"* (fls. 444/445), julgou improcedente o pedido formulado na petição inicial.

Irresignada, a autora interpôs recurso de apelação no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, o qual não foi provido. O acórdão recebeu a seguinte ementa:

"Obrigação de fazer – Seguro saúde internacional – Ação objetivando a aplicação dos índices da ANS em contrato firmado com empresa estrangeira, sediada em Londres/Inglaterra – Impossibilidade, em razão do contrato estipular que eventuais litígios devem obedecer a legislação da Dinamarca – Contratação,

Superior Tribunal de Justiça

además, que se deu em moeda estrangeira, estando o prêmio sujeito a variações cambiais – Plano contratado que possui características diversas dos planos nacionais, notadamente quanto à abrangência, que engloba reembolso de despesas médicas realizadas em diversos países – Legislação da ANS que leva em conta, via de regra, o tratamento de segurado em território nacional – Valor da anuidade sugerido que está aquém dos valores comumente cobrados para contratos de seguro saúde de abrangência nacional, com cobertura muito inferior – Ação improcedente Decisão mantida – Recurso improvido”(fl. 508).

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fls. 527/530).

No especial, a recorrente aponta violação dos arts. 1.022 do Código de Processo Civil de 2015 (CPC/2015); 9º da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB); 1º, *caput* e § 1º, 15 e 35-E da Lei nº 9.656/1998 e 51, IV, X, XV e §§ 1º e 2º, do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Sustenta, inicialmente, a nulidade do acórdão proferido em embargos declaratórios por negativa de prestação jurisdicional, já que o Tribunal de origem deixou de se manifestar acerca de aspectos relevantes da demanda suscitados na petição recursal.

Argui também que o seguro saúde internacional foi comercializado e contratado no Brasil, de modo que incidem sobre a apólice as leis brasileiras, a exemplo das disposições relativas ao reajuste dos planos individuais, regulados pela ANS.

Acrescenta que *“(...) a Ré sistematicamente impôs reajustes de forma unilateral e em desacordo com o art. 35-E da Lei 9.656/98”(fl. 553)*, sendo, portanto, abusivos, sobretudo à luz da legislação consumerista.

Alega que *“(...) deve haver clareza na regra de aumento por faixa etária”(fl. 553)*, não havendo *“(...) base legal para se burlar os limites de reajustes da legislação já mencionada pelo simples fato de existir vasta cobertura geográfica ou mesmo internacional”(fl. 554)*.

Busca, ao final, o provimento do recurso para que se julgue procedente a ação

“(...) em todos os seus termos, inclusive impondo-se à Ré a obrigação de recálculo dos valores das anuidades do plano de saúde do Autor de tal sorte que sejam excluídos TODOS OS AUMENTOS que tenham ultrapassado os limites anuais autorizados pela ANS, desde que a ANS passou a divulgar tais índices;

2. que os valores dos próximos boletos de anuidades sejam cobrados com base no valor correto e apurado no item anterior, permitidos dali em diante somente os aumentos autorizados pela ANS;

3. seja a Ré condenada a devolver ao Autor, com juros e correção monetária desde o desembolso, todos os valores que dela cobrou a mais indevidamente do Autor, e também os demais valores que ultrapassem aqueles

Superior Tribunal de Justiça

limites percentuais anuais divulgados pela ANS, sendo que o valor correto a ser repetido deverá ser apurado em fase de liquidação” (fl. 559).

Após o decurso do prazo para a apresentação de contrarrazões (fl. 571), o recurso especial foi inadmitido na origem (fls. 575/576), mas, por ter sido provido agravo, foi determinada a reatuação do feito (fls. 728/729).

É o relatório.



RECURSO ESPECIAL Nº 1.850.781 - SP (2019/0296855-9)
EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. SEGURO SAÚDE INTERNACIONAL. FORNECEDOR. PRÊMIO. EMPRESA E MOEDA ESTRANGEIRAS. CONTRATO INTERNACIONAL. COBERTURA GLOBAL. REAJUSTES ANUAIS DA ANS. INAPLICABILIDADE. ABRANGÊNCIA. PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS NACIONAIS. MUTUALIDADE E ATUÁRIA DIVERSAS. EQUILÍBRIO CONTRATUAL ECONÔMICO E FINANCEIRO. MANUTENÇÃO. CÁLCULO. GRANDEZAS MUNDIAIS.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).
2. As questões controvertidas nestes autos são: a) se ocorreu negativa de prestação jurisdicional pela Corte de origem no julgamento dos embargos de declaração e b) se o contrato de seguro saúde internacional firmado no Brasil deve observar as normas pátrias alusivas aos reajustes de mensalidades de planos de saúde individuais fixados anualmente pela ANS.
3. Não há falar em negativa de prestação jurisdicional se o tribunal de origem motiva adequadamente sua decisão, solucionando a controvérsia com a aplicação do direito que entende cabível à hipótese, apenas não no sentido pretendido pela parte.
4. Para uma empresa ser considerada operadora de plano de saúde no Brasil e poder operar planos privados de assistência à saúde, deve ser constituída segundo as leis locais ou, ao menos, deve participar do capital social de empresas nacionais, não sendo exceção as pessoas jurídicas estrangeiras (art. 1º, § 3º, da Lei nº 9.656/1998).
5. As pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado brasileiro de saúde suplementar devem obter Autorização de Funcionamento na ANS, atendendo alguns requisitos, como o registro da operadora e o registro de produtos (arts. 8º, 9º e 19 da Lei nº 9.656/1998 e RN ANS nº 85/2004).
6. A natureza internacional de um contrato, incluído o de seguro, decorre da sua conexão com mais de um ordenamento jurídico. Os elementos do contrato internacional podem ser identificados a partir da nacionalidade, domicílio e residência das partes, do lugar do objeto, do lugar da prestação da obrigação, do lugar da formalização da avença, do foro de eleição e da legislação aplicada.
7. Para os seguros em geral, a contratação no exterior deve observar a Lei Complementar nº 126/2007 (arts. 19 e 20), a Resolução CNSP nº 197/2008 e a Circular SUSEP nº 392/2009.
8. Na hipótese, a recorrida é empresa estrangeira, constituída sob as leis inglesas, isto é, não é operadora de plano de saúde, conforme definição da legislação brasileira, nem possui produto registrado na ANS, sendo o contrato firmado de cunho internacional, regido por grandezas globais.
9. Os índices anuais de reajuste para os planos individuais ou familiares divulgados pela ANS não são aptos a mensurar o mercado internacional de seguros saúde, não sendo apropriada a sua imposição em contratos regidos por bases atuariais e mutuais diversas e mais amplas, de nível global.
10. A apólice internacional, que contém rede assistencial abrangente no exterior, não limitada ao rol da ANS de procedimentos e eventos em saúde, deve possuir fórmula de reajuste compatível com a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato de âmbito mundial, sendo incompatíveis os índices de reajuste nacionais, definidos com base no processo inflacionário local

e nos produtos de abrangência interna.

11. No plano interno, há produtos que podem satisfazer as necessidades de pessoas que viajam frequentemente ao exterior ou fixam residência provisória em outros países, como a contratação de plano de saúde nacional com adicional de assistência internacional. Desde que não fujam ao objeto contratual e não contrariem a legislação, os contratos de planos de saúde pátrios podem conter cláusulas de serviços e coberturas adicionais de assistência à saúde não previstas na Lei nº 9.656/1998 (item 14 do Anexo II da RN ANS nº 85/2004).

12. Recurso especial não provido.



VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

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

O recurso não merece prosperar.

As questões controvertidas nestes autos são: a) se ocorreu negativa de prestação jurisdicional pela Corte de origem no julgamento dos embargos de declaração e b) se o contrato de seguro saúde internacional firmado no Brasil deve observar as normas pátrias alusivas aos reajustes de planos de saúde individuais fixados anualmente pela ANS.

1. Da negativa de prestação jurisdicional

Não há falar em negativa de prestação jurisdicional nos embargos declaratórios, a qual somente se configura quando, na apreciação do recurso, o Tribunal de origem insiste em omitir pronunciamento a respeito de questão que deveria ser decidida, e não foi.

Concretamente, verifica-se que as instâncias ordinárias enfrentaram a matéria posta em debate na medida necessária para o deslinde da controvérsia. É cediço que a escolha de uma tese refuta, ainda que implicitamente, outras que sejam incompatíveis.

Registra-se, por oportuno, que o órgão julgador não está obrigado a se pronunciar acerca de todo e qualquer ponto suscitado pelas partes, mas apenas a respeito daqueles considerados suficientes para fundamentar sua decisão, o que foi feito.

Superior Tribunal de Justiça

Nesse sentido:

"CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022 DO NCPC. OMISSÃO NÃO VERIFICADA. COBERTURA DE EXAME. NEGATIVA INJUSTIFICADA. FUNDAMENTO INATACADO. SÚMULA Nº 283 DO STF. ROL DA ANS. EXEMPLIFICATIVO. DANOS MORAIS. CARACTERIZAÇÃO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INVIABILIDADE. SÚMULA Nº 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. Aplica-se o NCPC a este recurso 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 Código de Processo Civil de 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. Não há falar em omissão, falta de fundamentação ou negativa de prestação jurisdicional, quando o Tribunal estadual dirimiu, fundamentadamente, a questão que lhe foi submetida, apreciando a controvérsia posta nos autos.

(...)

6. Agravo interno não provido." (AgInt no AREsp nº 1.707.988/DF, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, Terceira Turma, DJe 6/4/2021 - grifou-se)

2. Do seguro saúde internacional e do reajuste da ANS

Quanto à eventual legalidade ou abusividade dos aumentos das anuidades do seguro saúde internacional, cumpre destacar que a autora contratou, no Brasil, tal avença com empresa estrangeira sediada em Londres/Inglaterra, com a finalidade de obter o reembolso de despesas médicas em nível global. Além disso, o contrato foi firmado na língua inglesa, o prêmio pactuado foi em moeda estrangeira, com possibilidade de conversão em moeda nacional para pagamento, e foi estabelecida cláusula de eleição de lei e de foro: lei dinamarquesa e foro de Copenhague/Dinamarca.

Assim, torna-se necessário definir se o contrato de seguro saúde internacional, pactuado no Brasil, deve observar as normas pátrias alusivas aos índices de reajuste de planos de saúde individuais fixados anualmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

De início, constata-se que a recorrida, BUPA GLOBAL, é a divisão internacional de seguro saúde da BUPA (*healthcare company*), empresa fundada no Reino Unido e que oferece cobertura internacional a produtos e serviços de assistência à saúde em qualquer parte do mundo, sendo contratada comumente por pessoas que viajam frequentemente ao exterior ou

Superior Tribunal de Justiça

que vão estudar ou trabalhar temporariamente em outros países.

Por sua vez, nos termos do art. 1º, II, da Lei nº 9.656/1998, Operadora de Plano de Assistência à Saúde é 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 inciso I deste artigo"*.

Já a Lei nº 10.185/2001 estabeleceu a formação de sociedade seguradora especializada em saúde e a equiparou à operadora de plano de assistência à saúde, de modo que o seguro saúde e o plano de saúde passaram a ter normas unificadas.

Desse modo, depreende-se que, para uma empresa ser considerada operadora de plano de saúde no Brasil e poder operar planos privados de assistência à saúde, deve ser constituída segundo as leis locais ou, ao menos, deve participar do capital social de empresas nacionais, não sendo exceção as pessoas jurídicas estrangeiras.

A propósito, o art. 1º, § 3º, da Lei nº 9.656/1998:

"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:

(...)

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde."(grifou-se)

Ademais, as pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado brasileiro de saúde suplementar devem obter Autorização de Funcionamento na ANS, atendendo alguns requisitos, como o registro da operadora e o registro do produto. Nesse sentido, os arts. 8º, 9º e 19 da Lei nº 9.656/1998 e a Resolução Normativa (RN) ANS nº 85/2004.

Nesse cenário, constata-se que a recorrida é empresa estrangeira, constituída sob as leis inglesas, isto é, não é operadora de plano de saúde, conforme definição da legislação brasileira, nem possui produto registrado na ANS, sendo o contrato firmado de cunho internacional, regido por grandezas globais.

Como cedição, a natureza internacional de um contrato, incluído o de seguro, decorre da sua conexão com mais de um ordenamento jurídico.

Superior Tribunal de Justiça

Os elementos do contrato internacional podem ser identificados a partir da nacionalidade, domicílio e residência das partes, do lugar do objeto, do lugar da prestação da obrigação, do lugar da formalização da avença, do foro de eleição e da legislação aplicada.

Por pertinente, vale conferir a seguinte lição de Antônio Márcio da Cunha Guimarães:

"(...)

Vê-se, pois, que há mais de um caminho que permite a qualificação de um contrato como no internacional. Ou seja, onde há algum elemento que se expõe à disciplina de um segundo ou terceiro direito.

Em nosso ordenamento jurídico temos a definição de contrato, como sendo um acordo de vontades. No contrato internacional teremos os mesmos elementos que definem um contrato 'nacional', produzido no âmbito interno do país, mas com a particularidade de possuir cláusulas que nos remetem a objeto, partes contratantes, conclusão do negócio vinculados a mais de um sistema jurídico. Ou seja, em um contrato internacional encontraremos ao menos um elemento que nos remeterá a um outro sistema jurídico que não o pátrio. (...)

O contrato se diz internacional quando as partes tenham nacionalidades diversas ou domicílio em países distintos, quando a mercadoria ou o serviço objeto da obrigação seja entregue ou seja prestado em país estrangeiro, ou quando os lugares de celebração e execução das obrigações contratuais não coincidam.

Nesse caso, é claramente identificável a possibilidade de que diversas legislações possam pretender exercer controle sobre o contrato, como, por exemplo, a lei de celebração do contrato, a lei da nacionalidade das partes contratantes, a lei do lugar de sua execução etc. O contrato estará, de alguma forma, se sujeitando a vários ordenamentos jurídicos estrangeiros, sendo importante firmar qual a legislação de que país será aplicável.

(...)

(...) Não só por isso, mas em acréscimo, verifica-se uma vez mais tratar-se o seguro internacional de autêntico contrato internacional mercantil.

Nesse diapasão, devemos aplicar-lhe todas as demais regras, requisitos e fundamentos inerentes a todos os contratos internacionais do comércio."

(GUIMARÃES, Antônio Márcio da Cunha. Contratos internacionais de seguros. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002, págs. 65/67 - grifou-se)

Cumprе ressaltar que, em contratos internacionais, é admitida a eleição de legislação aplicável, sobretudo naqueles de natureza patrimonial, mesmo porque, nessas avenças, a autonomia da vontade possui especial proteção, ressalvando-se eventual afronta à soberania nacional, à ordem pública e aos bons costumes (REsp nº 1.280.218/MG, Rel. para acórdão Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, DJe 12/8/2016, e AgInt no

Superior Tribunal de Justiça

REsp nº 1.343.290/SP, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, DJe 23/8/2019).

No caso, há cláusula contratual dispondo que quaisquer litígios decorrentes ou relacionados ao contrato de seguro saúde internacional em questão deverão ser resolvidos em conformidade com a lei dinamarquesa, tendo sido acordado o foro de Copenhague/Dinamarca.

Dessa forma, a princípio, não se aplicaria à hipótese a legislação brasileira.

Ademais, apenas a título elucidativo, para os seguros em geral, a contratação no exterior deve observar: (i) a Lei Complementar nº 126/2007 (arts. 19 e 20), a qual dispõe acerca da política de resseguro, retrocessão e sua intermediação, as operações de cosseguro, as contratações de seguro no exterior e as operações em moeda estrangeira do setor securitário; (ii) a Resolução CNSP nº 197/2008, que estabelece as disposições para a contratação de seguro em moeda estrangeira e para a contratação do seguro no exterior; e (iii) a Circular SUSEP nº 392/2009, que estipula procedimentos operacionais para emissão de seguro em moeda estrangeira e para contratação de seguro no exterior.

Por outro lado, ainda que seja controvertida a questão acerca da possibilidade da eleição, pelas partes, do direito aplicável em contrato internacional firmado no Brasil, ante o disposto no art. 9º da LINDB, sobretudo nas avenças de índole consumerista, a pretensão da autora de fazer incidir critérios nacionais de reajuste em seguro médico internacional, baseado em atuária e mutualidade globais, também não prosperaria.

Isso porque a apólice é internacional, contendo rede assistencial abrangente no exterior, não limitada ao rol da ANS de procedimentos e eventos em saúde, de forma que os reajustes das anualidades são definidos a partir de cálculos capazes de manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato de âmbito mundial, incompatível, portanto, com os índices de reajuste nacionais, definidos com base no processo inflacionário local e nos produtos de abrangência interna.

Com efeito, os critérios para o cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos nacionais de assistência à saúde individuais ou familiares, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/1998, sempre se fundamentaram em custos envolvendo o mercado interno.

Na atualidade, os parâmetros da metodologia estão especificados na RN ANS nº

Superior Tribunal de Justiça

441/2018, que combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) e o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) expurgado.

Confira-se a metodologia de cálculo da ANS para o reajuste anual de planos individuais/familiares:

"(...)

Em dezembro de 2018, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 441, estabelecendo uma nova metodologia para o reajuste de planos individuais/familiares, contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98. Essa metodologia é resultado de estudos e pesquisas realizados ao longo de vários anos e de amplo debate com o setor e a sociedade e é baseada na variação das despesas médicas apuradas nas demonstrações contábeis das operadoras e em um índice de inflação, trazendo mais transparência e previsibilidade ao índice de reajuste.

O cálculo combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último o subitem Plano de Saúde. O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de outra natureza, como despesas administrativas.

Na fórmula, o IVDA tem peso de 80% e o IPCA de 20%.

O IVDA tem três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) e a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE). O FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais e o VFE deduz a parcela da variação das despesas que já é recomposta pelos reajustes por mudança de faixa etária.

Os componentes da fórmula usada para o cálculo do reajuste são os seguintes:

Componentes da fórmula: Reajuste = (80% x IVDA) + (20% x
IPCA EXPURGADO)

Variação das Despesas Assistenciais (VDA) dos planos individuais/familiares médico-hospitalares contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9.656/98.

Fator de Ganhos de Eficiência (FGE), que estabelece a transferência de um índice de eficiência médio das operadoras de planos de saúde para os beneficiários.

Variação das Despesas Assistenciais (VFE), que deduz a parcela da variação das despesas já recomposta pelos reajustes por mudança de faixa etária.

Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), índice de correção da parcela referente às despesas não relacionadas a assistência à saúde, tais como despesas administrativas."

(<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares-1/metodologia-de-calculo-grifou-se>)

Logo, os índices anuais de reajuste para os planos individuais ou familiares divulgados pela ANS não são aptos a mensurar o mercado internacional de

Superior Tribunal de Justiça

seguros saúde, não sendo apropriada a sua imposição em contratos regidos por bases atuariais diversas e mais amplas, de nível global. É dizer, a ANS não fiscaliza os usos, em território estrangeiro, do seguro médico internacional.

De qualquer maneira, no caso, as instâncias ordinárias também asseveraram que o prêmio foi pactuado em moeda estrangeira, suscetível a variações cambiais, o que não se confunde com os reajustes empregados nas anuidades, os quais, aliás, foram compatíveis com os da ANS. Consoante a sentença, *"(...) o valor da anuidade cobrada pela requerida não destoa dos valores comumente cobrados para contratos de seguro saúde de abrangência nacional, o que também infirma a alegação inicial de abusividade dos reajustes aplicados pela ré"*(fl. 445).

Nesse sentido, também cumpre transcrever o seguinte trecho do acórdão recorrido:

"(...)

O pedido da autora não comporta acolhimento.

O contrato possui abrangência internacional e prevê expressamente que a legislação da Dinamarca deve incidir em caso de litígios relacionados ao contrato (fl. 31 - cláusula 14.1), o que afasta a aplicação do artigo 9º da Lei de Introdução ao Civil (para qualificar e reger as obrigações, aplicar-se-á a lei do país em que se constituírem), que poderia ser utilizado em caso de omissão acerca da legislação aplicável, o que não ocorre no caso.

Além disso, deve ser prestigiado o princípio da autonomia da vontade, de forma a afastar as regras invocadas pela autora (artigo 21 do Código de Processo Civil e artigo 1º, 15, 35-E, do Código de Defesa do Consumidor).

Note-se que o plano contratado possui características diversas dos planos nacionais, notadamente quanto à abrangência, que engloba reembolso de despesas médicas realizadas em diversos países, inclusive no Brasil, não se podendo aplicar de forma imediata os reajustes estipulados pela ANS que levam em conta, via de regra, o tratamento do segurado em território nacional.

A contratação se deu em moeda estrangeira, estando o valor do prêmio sujeito a variações cambiais.

Além disso, o valor da anuidade apurado pela autora está aquém dos valores comumente cobrados para contratos de seguro saúde de abrangência nacional, com cobertura, inclusive, muito inferior" (fls. 510/511 - grifou-se).

Por fim, cabe esclarecer que existem produtos internos que podem satisfazer as necessidades da autora, como a contratação de plano de saúde nacional com o adicional de assistência internacional.

De fato, desde que não fujam ao objeto contratual e não contrariem a legislação

pátria, os contratos de planos de saúde podem conter cláusulas de serviços e coberturas adicionais de assistência à saúde não previstas na Lei nº 9.656/1998, sendo as mais comuns: Assistência internacional; Assistência/internação domiciliar; Assistência farmacêutica; Transporte aeromédico; Emergência domiciliar; Emergência fora da abrangência geográfica contratada; Transplantes não obrigatórios; Procedimentos estéticos; Saúde Ocupacional e Remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável (item 14 do Anexo II da RN ANS nº 85/2004).

3. Do dispositivo

Ante o exposto, nego provimento ao recurso especial.

Na origem, os honorários sucumbenciais foram fixados em 10% (dez por cento) sobre o valor atualizado da causa (fl. 445), majorados em 5% (cinco por cento) após o julgamento da apelação (fl. 511).

Logo, nos termos do art. 85, §§ 2º e 11, do CPC/2015, majoro a verba honorária em mais 5% (cinco por cento), totalizando o limite de 20% (vinte por cento) sobre o valor atualizado da causa.

É o voto.