

**Ação de cobrança - Plano de saúde -  
Atendimento de urgência - Recusa - Carência -  
Lei 9.656/98 - Contrato particular de consumo -  
Estado de perigo - Cláusula suspensiva -  
Responsabilidade subsidiária**

Ementa: Ação de cobrança. Seguro saúde. Atendimento de urgência. Recusa. Carência. Inteligência da Lei 9.656 / 98. Contrato particular. Estado de perigo. Cláusula suspensiva. Responsabilidade subsidiária.

- Afigura-se legal o prazo de carência em contratos de seguro-saúde, todavia tal condição não subsiste em casos de emergência, como informado que padecia de infecção urinária (art. 35-C da Lei 9.656/98).

- Configura-se o estado de perigo, quando alguém, premido pela necessidade de salvar-se, ou a pessoa de sua família, de grave dano conhecido pela outra parte, assume obrigação excessivamente onerosa (art. 156 do CC).

- A responsabilidade pelas despesas hospitalares é subsidiária entre o paciente e o plano de assistência médica, obrigando o hospital a proceder primeiramente à cobrança junto à instituição gestora do plano, para então, somente após este passo e caso não obtenha êxito, adquirir o direito de pleitear as quantias junto aos segurados.

Recurso provido.

**APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0024.08.249543-3/001 -  
Comarca de Belo Horizonte - Apelantes: Misael de  
Oliveira Júnior e outro - Apelado: Hospital Maternidade  
Santa Rita S.A. - Relator: DES. PEREIRA DA SILVA**

**Acórdão**

Vistos etc., acorda, em Turma, a 10ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, sob a Presidência do Desembargador Cabral da Silva, na conformidade da ata dos julgamentos e das notas taquigráficas, EM DAR PROVIMENTO.

Belo Horizonte, 13 de julho de 2010. - *Pereira da Silva* - Relator.

**Notas taquigráficas**

DES. PEREIRA DA SILVA - Recurso de apelação, interposto por Misael de Oliveira Júnior e Angélica Fernanda Alves de Oliveira, contra a sentença proferida pelo MM. Juiz da 20ª Vara Cível da Comarca de Belo Horizonte, nos autos da ação de cobrança ajuizada por Hospital e Maternidade Santa Rita S.A.

Adoto o relatório da sentença (f. 49/51), acrescentando ter o MM. Juiz de primeiro grau julgado procedente o pedido, nos seguintes termos:

À conta de tais fundamentos, julgo procedente o pedido para condenar os réus a pagarem ao autor a quantia de R\$ 1.690,46 (mil seiscentos e noventa reais e quarenta e seis centavos), corrigida monetariamente pelos índices da CJ/MG desde a propositura da ação e juros de mora de 1% ao mês a partir da citação.

Inconformada, a parte ré interpôs recurso de apelação, às f. 53/56. Alega que a 2ª ré, sua esposa, foi atendida em caráter de urgência e permaneceu internada entre os dias 6 e 11 de setembro de 2008. Alega que a urgência decorreu de uma infecção urinária. Assim, quando o paciente estiver em situação de urgência, a carência é de, no máximo, 24 horas.

Ainda que os apelantes tivessem conhecimento de que estavam em período de carência, deveria ser atendida da mesma forma, sem que lhes fossem cobradas as despesas médico-hospitalares, pois foi internada em caráter de emergência. Afirma a inexistência de interesse processual, pois deveria ter ajuizado a ação contra o plano de saúde.

O apelado apresentou contrarrazões às f. 59/63. Este, o breve relatório.

Conheço do recurso, visto que foram atendidos os pressupostos objetivos e subjetivos de admissibilidade.

Compulsando os autos, verifica-se que, no dia 06.09.2008, a apelante Angélica Fernanda Alves de Oliveira deu entrada no hospital apelado, sendo examinada pelo médico, Luiz Henrique Giesbrecht Carreira, que diagnosticou um quadro de infecção urinária (pielonefrite), determinando, então, a internação.

A ficha de internação (f. 22) indica que a apelante foi registrada no nosocômio apelado, como conveniada da Fundação Refrigerantes (Coca-cola), matrícula nº 010800000738.

Não resta dúvida de que o apelado tinha ciência de que a paciente possuía plano de saúde, tanto que a própria guia de ingresso foi preenchida, constando o número de matrícula. Portanto, é fato incontroverso que a internação se deu mediante o convênio, e não em caráter particular (documento de f. 20).

Na mesma data, o apelante, Misael de Oliveira Júnior, assinou contrato de prestação de serviços hospitalares de f. 18/19, obrigando-se pelo custeio das despesas decorrentes da internação de sua esposa, em caráter particular, caso o plano de saúde não viesse a autorizar qualquer procedimento terapêutico.

O hospital afirma que procedeu à cobrança da entidade gestora do plano de saúde, que, segundo ele, aduziu não estar obrigada ao pagamento das despesas hospitalares, pois o procedimento terapêutico ocorreu durante o “período de carência”.

Saliente-se que inexistente nos autos qualquer documento que demonstre a negativa de pagamento do referido plano de saúde. Porém, diante das alegações apresentadas pelo hospital, a matéria deve ser analisada.

Com efeito, a Lei 9.656/98 dispõe em seu art. 35-C acerca da obrigatoriedade de cobertura do atendimento nos casos de:

emergência, como tais definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente [...].

O próprio autor na inicial considera o procedimento realizado como de urgência; imperioso concluir que, por se tratar de procedimento de urgência, o tratamento realizado se enquadra na hipótese do art. 12, inciso V, letra c, da Lei nº 9.656/98, cuja carência fica limitada, tão somente, ao prazo máximo de vinte e quatro horas, não havendo qualquer outra exigência.

Nesse sentido, a jurisprudência desta Corte de Justiça:

Cobrança. Plano de saúde. Internação de urgência. Carência. Prazo de 24 horas. Lei 9.596/98. Limite de tempo de atendimento. Cláusula abusiva. Nulidade. Cobertura total. - É obrigatória a cobertura total das internações hospitalares de urgência pelos planos de saúde, não podendo se exigir, nos termos da Lei 9.596/98, prazo de carência superior a 24 horas nem se impor limite de tempo para tais atendimentos, incorrendo em nulidade a cláusula que estabelece esse tipo de condição (Apelação Cível nº 2.0000.00.397.222-7/000. Relator: Desembargador D. Viçoso Rodrigues, j. em 02.10.2003).

No caso, o apelado não comprovou que, antes de intentar a presente ação, tenha diligenciado junto ao plano de saúde para receber seu crédito, limitando-se a alegar a recusa de pagamento, apoiando sua pretensão inicial unicamente no contrato de prestação de serviços hospitalares.

Cumpra observar o cabimento do CDC nos contratos celebrados com os hospitais, uma vez que estes se enquadram no conceito de fornecedor previsto no art. 3º do referido diploma legal, reconhecendo-se ao Judiciário o dever de declarar a nulidade de cláusulas ou de toda a contratação, por se tratar de matéria de ordem pública, para assegurar o restabelecimento do equilíbrio dos direitos dos litigantes.

A reiterada prática, adotada pelos hospitais, de impor que o paciente ou o seu acompanhante assine documento confessando o débito encontra óbice legal no art. 156 do Código Civil, que assim dispõe:

Art.156. Configura-se o estado de perigo quando alguém, premido da necessidade de salvar-se, ou a pessoa de sua família, de grave dano conhecido pela outra parte, assume obrigação excessivamente onerosa.

*In casu*, verifica-se a presença dos requisitos para a configuração do estado de perigo, quais sejam a ameaça de grave dano à própria pessoa ou a ente de sua família, o conhecimento da outra parte da possibilidade de dano grave e a onerosidade excessiva da obrigação.

O acompanhante da paciente, ora apelante, visando garantir a proteção de sua esposa, assume obrigação extra, para viabilizar a internação, o que caracteriza a “coação moral” sofrida. Soma-se a isso o fato de que os apelantes ficaram à mercê dos valores impostos pelo hospital, já que a demonstração dos preços cobrados pelos serviços ocorreu posteriormente.

Ainda que assim não fosse, mesmo considerando como válido o contrato de prestação de serviços e levando-se em conta que a internação não se deu em caráter particular, mas sim através do convênio, colhe-se que o subscritor assumiu a obrigação pelas despesas hospitalares somente em caso de negativa de pagamento por parte da administradora do plano de assistência médica, quando restasse comprovada alguma irregularidade na inscrição do paciente junto ao convênio ou restrição na cobertura dos gastos oriundos do tratamento.

Dessa feita, apenas diante da verificação de uma dessas hipóteses é que nasceria o dever de arcar com as despesas ora cobradas.

É de se concluir, portanto, pela existência de uma condição suspensiva.

O art. 125 do Código Civil dispõe: “Subordinando-se a eficácia do ato à condição suspensiva, enquanto esta se não verificar, não se terá adquirido o direito, a que ele visa”.

Infere-se, portanto, que a cláusula condicional suspensiva impede que o negócio produza seus efeitos jurídicos enquanto um determinado acontecimento não se concretizar.

Somente quando do implemento do fato previamente estabelecido, é que o pacto passa a surtir efeitos, conferindo os direitos pretendidos pelos envolvidos e atribuindo as consequentes obrigações de cada um deles.

O contrato que possui esta estipulação representa uma expectativa de direito, que somente se efetivará diante do advento da condição suspensiva, porém, ao ser adquirido, o direito torna-se pleno.

O apelado sustentou que o plano de saúde se recusou a adimplir com as despesas, sem, contudo, oferecer qualquer elemento probatório capaz de comprovar suas aduções.

Não há nos autos nenhum documento que demonstre que o hospital tenha requerido, administrativamente, à gestora do plano de saúde os valores agora cobrados dos apelantes e que esta tenha se negado a pagar os custos da internação.

No caso, a responsabilidade pelas despesas hospitalares é subsidiária entre o paciente e o plano de

assistência médica, obrigando o hospital a proceder primeiramente à cobrança junto à instituição gestora do plano, para então, somente após este passo e caso não obtenha êxito, adquirir o direito de pleitear as quantias junto aos apelantes, razão pela qual deve ser declarada a improcedência do pedido inicial.

Outrossim, fica resguardado ao apelado o direito de intentar contra os apelantes, caso, futuramente, reste configurada a negativa expressa, visto que não houve impugnação dos valores pretendidos, tampouco da prestação do serviço.

Nesse sentido o pronunciamento jurisprudencial:

Plano de saúde. Convênio. Impossibilidade de cobrança. Dano moral. - O convênio entre o hospital e o plano de saúde veda a cobrança de qualquer importância diretamente do hospital ao segurado. Cobrança indevida do hospital ao segurado que merece ser desconstituída. Lançamento indevido nos órgãos de defesa do crédito. Dano moral adequadamente fixado. Recurso improvido (TJRS, Recurso Inominado nº 71000867770/2005, 2ª Turma Recursal, Relator: Des. Eduardo Kraemer, j. em 19.04.2006).

Com essas considerações, dou provimento ao recurso aviado, para reformar a sentença e julgar totalmente improcedentes os pedidos constantes da peça de ingresso, nos termos do art. 269, inciso I, do CPC, ressaltando o direito do apelado de pleitear as despesas hospitalares junto à administradora do plano de saúde e, posteriormente, junto aos apelantes, caso consumada a condição suspensiva prevista no contrato de prestação de serviços hospitalares.

Inverto os ônus de sucumbência. Custas recursais, pelo apelado.

Votaram de acordo com o Relator os DESEMBARGADORES CABRAL DA SILVA e ELECTRA BENEVIDES.

*Súmula* - DERAM PROVIMENTO.