

AÇÃO DECLARATÓRIA - NULIDADE - CLÁUSULA CONTRATUAL - ABUSIVIDADE - PLANO DE SAÚDE - CONTRATO DE ADESÃO - CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - APLICABILIDADE

Ementa: Contrato de plano de saúde. Cláusula contratual. Abusividade. Aplicação das normas do Código de Defesa do Consumidor.

- Os planos de saúde são típicos contratos de adesão, por meio dos quais as cláusulas são impostas ao contratante, geralmente mais fraco e hipossuficiente, sem que possa discutir as cláusulas contratadas.

- As cláusulas constantes do plano de saúde que restringem o seu campo de incidência e excluem a garantia do tratamento para salvar a vida do segurado são abusivas.

APELAÇÃO CÍVEL N° 1.0112.01.000183-5/001 - Comarca de Campo Belo - Apelante: Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. - Apelada: Marisa Cambraia do Nascimento - Relator: Des. MOTA e SILVA

Acórdão _____

Vistos etc., acorda, em Turma, a 15ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, na conformidade da ata dos

julgamentos e das notas taquigráficas, à unanimidade de votos, EM NEGAR PROVIMENTO.

Belo Horizonte, 10 de agosto de 2006. -
Mota e Silva - Relator.

Notas taquigráficas

O Sr. Des. Mota e Silva - Trata-se de apelação interposta por Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. em face da sentença proferida às f. 275/292, que, nos autos da ação declaratória de nulidade de cláusulas contratuais c/c indenização por danos morais e materiais interposta por Marisa Cambraia do Nascimento, julgou parcialmente o pedido.

Adoto o relatório da sentença por ser fiel, acrescentando que a decisão hostilizada excluiu da lide o médico Rodrigo Bacelar de Oliveira, bem como o hospital Novo Horizonte Hospitalar Ltda., e, no mérito, não acolheu o pleito de indenização por danos morais, julgou improcedente o pedido de indenização por danos materiais contra a Unimed Varginha Cooperativa de Trabalho Médico e parcialmente procedente o pedido contra a Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico, declarando nulas de pleno direito as cláusulas descritas no item 4.2 de f. 10, condenando-a ao pagamento das despesas hospitalares de f. 51/62, bem como nas custas processuais e honorários advocatícios de 15% (quinze por cento) sobre o valor da causa atualizado. A autora foi condenada nas custas relativas aos procedimentos em que participaram os réus excluídos por ilegitimidade passiva e honorários advocatícios de 10% (dez por cento) sobre o valor da causa atualizado, ficando suspensa a exigibilidade por estar sob o pálio da assistência judiciária.

Interpostos os embargos declaratórios por Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. (f. 295), que foram rejeitados (f. 300/303).

Em suas razões recursais (f. 304/314) alega a ré Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., em síntese, que o contrato firmado com a autora data de 1996 e não pode ser destinatário das regras impostas pela Lei 9.656/98, com vigência a partir de 1999; que o STF reconheceu que o referido diploma não pode alterar os contratos que lhe são preexistentes; que deve ser observado o contrato entre as partes, no qual a cláusula 2.2 dispõe que não há cobertura para moléstias preexistentes

e está destacada, com redação simples e de fácil entendimento; que não há abusividade quanto à exclusão pactuada; que foram atendidos todos os dispositivos do CDC; que o relatório médico de f. 134 faz prova da preexistência da doença do marido da autora. Alega ainda que, caso não seja dado provimento ao recurso de apelação, seja o reembolso efetuado de acordo com a tabela de preços praticada pela ré, requerendo, ao final, a improcedência do pedido da autora.

A autora apresentou contra-razões (f. 319/323), pugnano pela manutenção do r. comando decisório.

É o relatório.

Conheço do recurso porque regular e tempestivamente aviado, constatados os pressupostos subjetivos e objetivos de admissibilidade recursal.

Narram os autos que o marido da apelada, dependente de seu plano de saúde contratado com a apelante, deu entrada no Hospital Humanitas em Varginha-MG em 31.08.2000, onde permaneceu no CTI, sendo autorizadas pela apelante duas diárias. Posteriormente, em caráter de urgência, foi necessária a realização de cateterismo, este autorizado pela apelante, bem como a realização de cirurgia cardíaca, esta negada pela apelante, ao fundamento de que o conveniado era portador de moléstia preexistente, ignorando o quadro de emergência atestado pelo médico. Após a cirurgia, o marido da apelada permaneceu internado no CTI, onde foram realizados outros procedimentos, tais como hemodiálise, sendo transferido de hospital. Em 06.10.2000 houve o falecimento do marido da apelada.

A apelada ingressou com a presente ação, visando à declaração de nulidade de cláusulas contratuais, mais especificamente as que tratam de: foro de eleição, restrição de dias de internamento, restrição de cirurgia cardíaca, limitação de procedimentos, restrição a atendimento e exclusão de procedimentos ligados a patologia cardíaca, visando à suspensão da cobrança do

valor de R\$ 50.033,42 (cinquenta mil, trinta e três reais e quarenta e dois centavos), relativo às despesas hospitalares, bem como que o Hospital Novo Horizonte Hospitalar Ltda. se abstinhasse de compensar o cheque de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) dado em garantia para o atendimento emergencial do marido da apelada. Requereu ainda indenização por danos morais, tendo em vista o descumprimento da obrigação contratual em face da negativa de cobertura médica.

A MM. Juíza *a qua* acolheu parcialmente o pedido inicial, declarando a responsabilidade da apelante pelo pagamento das despesas hospitalares, excluindo o valor do cheque, caso já compensado. Não foi acolhido o pleito de indenização por danos morais.

Inicialmente, sobre o contrato em tela, pertinente se faz a lição de Cláudia Lima Marques, in *Contratos no Código de Defesa do Consumidor*, 4. ed., Revista dos Tribunais, p. 403-404:

O contrato de seguro-saúde estava regulado e definido pela lei específica dos seguros, Dec.-Lei 73, de 21.11.66, possuindo duas modalidades: a) os contratos envolvendo o reembolso de futuras despesas médicas eventualmente realizadas (art. 129), contratos de seguro-saúde fornecidos por companhias seguradoras, empresas bancárias e outras sociedades civis autorizadas; b) os contratos envolvendo o pré-pagamento de futuras e eventuais despesas médicas (art. 135), mercado no qual operam as cooperativas e associações médicas. Teoricamente este contrato de seguro-saúde ainda existe como possibilidade, mas nenhuma das antigas seguradoras informou à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar que continuaria a usar seus contratos de seguro-saúde, preferindo todas, de forma unânime, passar a usar contratos de seguros de saúde como regulados pela lei nova. A nova Lei 9.656, de 03.06.1998, também sofreu uma forte evolução, pois, se inicialmente mantinha a distinção conceitual e regulava ambos os contratos, distinguindo entre as 'operadoras de planos privados' as fornecedoras que trabalham com pré-pagamento (art. 1º, § 1º, I, da Lei 9.656/98, antiga versão) e as 'operadoras de seguros privados de assistência à saúde', as fornecedoras que trabalham com reembolso (art. 1º, § 1º, II, da Lei

9.656/98, antiga versão), passou hoje a regular somente os contratos e as operadoras de planos de saúde (art. 1º, I, da Lei 9.656/98).

(...)

Destaque-se, também, que o contrato de planos de saúde, como hoje regulado pela lei nova e pelo CDC, apresenta muitas semelhanças com o contrato clássico de fornecimento de serviços médico-hospitalares simples, isto é, aquele fechado por um consumidor que procura o médico ou hospital na atualidade de sua doença ou acidente, e não em face de um seguro ou previsão de eventual doença futura.

Com efeito, apesar de ter sido o contrato assinado em data anterior à expedição da Lei 9.656/98, diante do trecho acima transcrito, dúvida não há de que a espécie dos autos deve ser analisada à luz do Código de Defesa do Consumidor, devendo as cláusulas ser interpretadas em conjunto, favoravelmente ao consumidor aderente.

Nesse diapasão, e conforme vem sendo o entendimento majoritário neste Tribunal, entendo que o contrato em questão possui características e sobretudo uma finalidade em comum: o tratamento e a segurança contra os riscos envolvendo a saúde dos segurados. A propósito, ensina o festejado Mestre Orlando Gomes que esses contratos se destinam: "a cobrir o risco de doença, com o pagamento de despesas hospitalares e o reembolso de honorários médicos, quando se fizerem necessários" (in *Seguro-saúde - Regime jurídico - Seguro de reembolso de despesas de assistência médico-hospitalar - Contrato semi-público - RDP 76/250*). Outrossim, na segura lição da notável doutrinadora consumerista Cláudia Lima Marques:

O objeto principal destes contratos é a transferência (onerosa e contratual) de riscos referentes a futura necessidade de assistência médica ou hospitalar. A efetiva cobertura (reembolso, no caso dos seguros de reembolso) dos riscos futuros à sua saúde e de seus dependentes, a adequada prestação direta ou indireta dos serviços de assistência médica (no caso dos seguros pré-pagamento ou de planos de saúde semelhantes) é o que objetivam os consumidores que contratam com estas empresas

(*Contratos no Código de Defesa do Consumidor*, 3 ed., Ed. RT, p. 192/193).

Devendo-se ressaltar que:

Esta é justamente a obrigação do fornecedor desses serviços: prestar assistência médico-hospitalar ou reembolsar os gastos com saúde é a expectativa legítima do consumidor, contratualmente aceita pelo fornecedor (*op. cit.* - p. 194).

Portanto, principalmente quando se tratar, como na espécie dos autos, de procedimento de urgência, as regras do Código de Defesa do Consumidor deverão prevalecer sobre as regras gerais, devendo a seguradora apelante concentrar-se nos deveres de cuidado e cooperação oriundos do princípio da boa-fé objetiva, visto que o tratamento de saúde deve ser prestado ao consumidor com lealdade pelo seu parceiro contratual, razão pela qual se revela na hipótese dos autos a relevância do fundamento da demanda.

Aliás, o Conselho Federal de Medicina, órgão supervisor da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgador e disciplinador da classe médica, cabendo-lhe zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina, através da Resolução nº 1.401, de 11 de novembro de 1993, resolveu que:

As empresas de seguro-saúde, empresas de Medicina de Grupo, cooperativas de trabalho médico, ou outras, que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza.

No caso dos autos, como provado, tratava-se de caso especial e de emergência, pois a moléstia diagnosticada comprometia seriamente a vida do segurado, tanto é que veio a falecer de insuficiência coronariana, conforme certidão de óbito juntada à f. 27.

Portanto, tratando-se de atendimento emergencial, justifica-se a responsabilidade da

apelante quanto ao custeio das despesas médicas em hospital credenciado, impondo-se o pagamento ou reembolso dos valores gastos, configurando-se abusiva também a cláusula que limita o seu valor de acordo com a tabela da Unimed, por referir-se a uma desvantagem exagerada da segurada. O objetivo contratual comunica-se, necessariamente, com a obrigação de restabelecer ou procurar restabelecer, através dos meios técnicos possíveis, a saúde do paciente, confrontando-se com a limitação contratual que impede o pagamento das despesas médicas e hospitalares, na forma pleiteada.

Vê-se, pois, que tal conduta, por ser abusiva, é reprovável e absurda, tendo em vista que se coloca em confronto com os objetivos do contrato, estabelecendo óbice à sua utilização pelo usuário, ainda mais se atentarmos para o fato de que a apelada possuía o plano de saúde da apelante desde 1996, e as despesas hospitalares necessárias ao tratamento de seu marido ocorreram em 2000; isto é, a apelada passou anos a fio efetuando o pagamento do plano de saúde, e, quando necessitou utilizá-lo em caráter de emergência para o seu marido, a apelante negou a cobertura, alegando doença preexistente.

Em que pesem as alegações da apelante, da simples leitura da cláusula 2.2, que exclui a cobertura de serviços médicos, na alínea *u* (f. 17/18), constata-se intencional omissão e generalização quando dispõe que as moléstias deverão ser especificadas nas condições gerais de saúde indicadas em uma planilha que a apelante não acostou com a peça de defesa (f. 97/122).

Ora, isto sim que é má-fé. O Judiciário não pode comungar com esse tipo de atitude, que coloca o consumidor em uma posição extremamente desfavorável. Ao firmar o contrato sem exigir exames prévios, deve a apelante assumir o risco contratual, isto é, se houve a dispensa do exame médico, há de suportar os riscos de seu negócio e pagar o valor correspondente.

Dito isso, mister falar que o ordenamento pátrio, através do Código de Defesa do Consumidor, visou resguardar os direitos deste, diante

de sua hipossuficiência em face dos prestadores de serviços, mormente quando se trata de direito à saúde, constitucionalmente protegido.

Portanto, o recurso não merece prosperar, visto que a exclusão ditada pelo contrato da apelante é, sim, repito, abusiva. Não pode, com a devida vênia aos entendimentos em contrário, a conduta decorrente de referida cláusula, arrimada em argumentação frágil e desprovida de credibilidade, ser abraçada pelo Poder Judiciário, sob pena de se permitir que a regra de ordem pública e o próprio sistema de defesa do consumidor verguem em razão da convenção privada, cujo interesse é, *a priori*, mercantilista, em detrimento do bem maior: a vida.

-:-:-

Dessa maneira, tenho que a MM. Juíza sentenciante condenou a apelante ao pagamento referente às despesas médicas e hospitalares com acerto, porquanto detinha elementos plausíveis e convincentes para tanto, diante da conclusiva prova contida nos autos.

À vista do exposto, nego provimento à apelação da ré e mantenho a sentença recorrida.

Custas recursais, pela apelante.

Votaram de acordo com o Relator os Desembargadores: *Maurílio Gabriel* e *Wagner Wilson*.

Súmula - NEGARAM PROVIMENTO.