

PLANO DE SAÚDE - URGÊNCIA - MÉDICO NÃO CREDENCIADO - DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES - REEMBOLSO - LIMITAÇÃO DE VALOR - CLÁUSULA ABUSIVA - INDENIZAÇÃO - DANO MORAL - NÃO-CONFIGURAÇÃO

- Tratando-se de caso emergencial, justifica-se o atendimento por médicos particulares, não credenciados, impondo-se o reembolso dos valores gastos, configurando-se abusiva a cláusula que limita seu valor, por referir-se a uma desvantagem exagerada do segurado.

- Não é toda situação desagradável e incômoda, aborrecimento ou desgaste emocional que faz surgir, no mundo jurídico, o direito à percepção de ressarcimento por danos morais, não se justificando seja este perseguido em situação não abrangida no art. 5º, V e X, da CF.

APELAÇÃO CÍVEL Nº 476.668-5 - Comarca de Belo Horizonte - Relator: Juiz MOTA E SILVA

Acórdão

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 476.668-5, da Comarca de Belo Horizonte, sendo apelante Saúde Bradesco S.A. e apelada Mara Ione Barbosa Cerqueira, acorda, em Turma, a Sétima Câmara Civil do Tribunal de Alçada do Estado de Minas Gerais DAR PARCIAL PROVIMENTO.

Presidiu o julgamento o Juiz José Affonso da Costa Côrtes (Revisor), e dele participaram os Juízes Mota e Silva (Relator) e Unias Silva (Vogal).

O voto proferido pelo Juiz Relator foi acompanhado, na íntegra, pelos demais componentes da Turma Julgadora.

Belo Horizonte, 24 de fevereiro de 2005.
- *Mota e Silva* - Relator.

Notas taquigráficas

O *Sr. Juiz Mota e Silva* - Presentes os pressupostos intrínsecos e extrínsecos para a admissibilidade do recurso, dele conheço.

Trata-se de recurso interposto contra a sentença proferida pelo MM. Juiz da 29ª Vara Cível da Capital, nos autos da ação de indenização proposta por Merys Lúcia Barbosa Cerqueira contra Saúde Bradesco S.A., que julgou procedente o pedido, para condenar a requerida ao pagamento de R\$ 1.942,64, referente ao complemento de despesas médicas e hospitalares e ainda ao pagamento dos danos morais no valor de R\$ 3.000,00, tudo monetariamente corrigido, acrescido de juros de mora de 0,5% ao mês, bem como nas custas processuais e honorários advocatícios, estes fixados em 20%.

No curso da ação, ocorreu o falecimento da autora (fl. 135), havendo a substituição processual por sua irmã, Mara Ione Barbosa Cerqueira (fls. 143/147), ora apelada.

Em razões recursais, afirma a apelante que a sentença deve ser reformada, haja vista que a quantia efetivamente paga corresponde ao total devido à Sr.^a Merys Lúcia pelo reembolso das despesas médico-hospitalares.

Sustenta que o Hospital das Clínicas, no qual houve a internação da Sr.^a Merys Lúcia, não mantém convênio com a apelante e que, quando o segurado é atendido pela rede referenciada, o pagamento das despesas é feito diretamente aos hospitais e médicos, de acordo com a tabela de honorários médicos da Bradesco Seguros. Da mesma forma, nos casos de utilização de serviços fora da rede referenciada, como ocorreu *in casu*, o reembolso feito ao segurado obedece à mesma tabela, conforme a cláusula 12 do contrato firmado.

Argumenta que deve ser respeitado o que foi pactuado e que é aplicável à espécie o disposto nos arts. 1.432 e 1.460 do CC/1916.

Aduz, ainda, que a apelante agiu estritamente com base no contrato pactuado, o que constitui um exercício regular de direito, o que não tem o condão de gerar o dever de indenizar por danos morais.

Por fim, pugna pelo provimento do recurso para reformar a sentença de primeiro grau.

O recurso foi recebido (fl. 208), tendo a apelada apresentado contra-razões às fls. 212/222, pela manutenção da decisão guerreada.

Noticiam os autos que Merys Lúcia Barbosa Cerqueira, portadora de neoplasia do pâncreas (adenocarcinoma), desde 1997, era filiada à Saúde Bradesco, através do contrato coletivo de reembolso de despesas de assistência médica e/ou hospitalar firmado entre a empresa Sociedade Propagadora Esdeva (sua ex-empregadora) e a apelante, o qual estendia a cobertura do plano de saúde aos empregados.

Contudo, em data de 17.05.01, precisou ser atendida em caráter de urgência no Hospital das Clínicas da UFMG com um quadro clínico que culminou na realização de uma videolaparoscopia exploratória, e, como o hospital não fazia parte da rede credenciada, não foi liberada senha para a internação.

Diante disso, houve o pagamento de despesas hospitalares e honorários médicos no valor de R\$ 3.925,29, pela segurada, que, posteriormente, requereu o reembolso do valor pago. Porém, houve o reembolso apenas de parte do valor, qual seja R\$ 1.982,25.

Inicialmente, sobre o contrato em tela, pertinente se faz a lição de CLÁUDIA LIMA MARQUES:

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 (*Contratos no Código de Defesa do Consumidor*, 4. ed., São Paulo: RT, p. 403-404).

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 da segurada. 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 (Seguro-saúde - Regime jurídico - Seguro de reembolso de despesas de assistência médico-hospitalar - Contrato semipúblico - 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., São Paulo: RT, p. 192/193).

Deve-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, uma vez 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 1.401, de 11.11.93, 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 já afirmado, tratava-se de caso especial e de emergência, pois a moléstia diagnosticada, câncer no pâncreas, comprometia seriamente a vida da segurada, tanto é

que veio a falecer de carcinomatose, conforme certidão de óbito juntada à fl. 135.

Portanto, tratando-se de atendimento emergencial, justifica-se o atendimento por médicos particulares, não credenciados, impondo-se o reembolso dos valores gastos, configurando-se abusiva a cláusula que limita seu valor 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 da paciente, confrontando-se com os princípios mencionados à limitação contratual que impede o reembolso 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.

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

No entanto, entendo que, quanto aos danos morais, não é toda situação desagradável e incômoda, aborrecimento ou desgaste emocional que faz surgir, no mundo jurídico, o direito à percepção de ressarcimento por danos morais, não se justificando seja perseguido, em situação não abrangida no art. 5º, V e X, da CF. A segurada não deixou de ser atendida, muito embora somente após cumprida a exigência do hospital de depósito da caução respectiva.

A apelante, na espécie e pelos fatos que narrou, pretende indenizar-se pelos prejuízos morais que teve em decorrência dos sentimentos de desrespeito, indignação, insegurança, vexame e embaraço por ocasião de sua internação ao ter que pedir dinheiro emprestado a seus familiares, o que não restou provado nos autos.

O dano moral indenizável é aquele que pressupõe dor física ou moral e se configura sempre que alguém aflige outrem injustamente, em seu íntimo, causando-lhe dor, constrangimento, incômodo, tristeza, angústia, sem, com isso, causar prejuízo patrimonial. Alcança valores prevalentemente ideais, embora simultaneamente possam estar acompanhados de danos materiais, quando se acumulam.

Ainda relativamente ao dano indenizável, RUI STOCO anota que:

O indivíduo é portador de dois patrimônios: um objetivo, exterior, que se traduz na riqueza que amealhou, nos bens materiais que adquiriu. Outro, representado pelo seu patrimônio subjetivo, interno, composto da imagem, personalidade, conceito ou nome que conquistou junto a seus pares e projeta à sociedade. Ambos são passíveis de ser agredidos e, portanto, indenizáveis conjunta - ainda que em razão do mesmo fato - ou isoladamente (*Responsabilidade Civil e sua Interpretação Jurisprudencial*, 2. ed. São Paulo: RT, 1995, p. 476/477).

No caso dos autos, contudo, em que pesem os desgostos e indignação sofridos pela apelante, como bem salientou o ilustre Sentenciante, as circunstâncias não autorizam concluir-se pela ocorrência do dano moral puro indenizável, mesmo porque não desmereceu o tratamento, embora tenha tido que se sujeitar às normas hospitalares para garantir sua incolumidade que imediatamente lhe colocou à disposição os meios para seu adequado tratamento e recuperação.

Não ocorreram prejuízos morais, porque os desgostos experimentados pela apelante não foram daqueles que a sujeitassem a sentir medo, dor, vergonha ou que lhe afetassem a honra, dignidade e imagem.

Esta col. Câmara já decidiu a respeito:

Aborrecimentos causados por inadimplemento contratual não geram indenização por danos morais, à inexistência de agravo que gere direito de resposta, ou de violação da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem do contratante insatisfeito (TAMG, 7ª

Câm. Civil, Ap. Cível nº 297.329-9 - Juiz de Fora, Rel. Juiz Lauro Bracarense).

À vista do exposto, dou provimento parcial ao apelo para afastar a condenação por danos morais. Em face da sucumbência recíproca, as despesas processuais e os honorários advoca-

tícios deverão ser divididos e compensados entre as partes, ficando estes últimos fixados em 10% sobre o valor da condenação, na forma do disposto no art. 21 do CPC.

Custas, *ex lege*.

-:-:-