

TJ/MT - Cláusula de doenças preexistentes em plano de saúde é abusiva

A cooperativa de trabalho médico Unimed Vale do Sepotuba foi condenada a pagar ao Hospital São Mateus, em Cuiabá, o procedimento cirúrgico realizado por uma usuária, possibilitando assim a devolução do cheque-caução apresentado pela paciente ao hospital. A Unimed, que se negava a custear a despesa sob alegação de que a cirurgia foi realizada em função de uma doença pré-existente, tem 10 dias para fazer o pagamento. A antecipação de tutela foi deferida nesta terça-feira pela juíza Olinda de Quadros Altomare Castrillon, da Primeira Vara Cível da Comarca de Tangará da Serra.

A paciente ajuizou ação cominatória com pedido de antecipação de tutela. Sentindo muitas dores, ela teve que emitir um cheque-caução para poder realizar a cirurgia. Isso porque a cooperativa não autorizou o procedimento alegando que não está obrigada a cobrir cirurgia recomendada para o caso da paciente por se tratar de doença pré-existente. Contudo, de acordo com a juíza Olinda Castrillon, como a Unimed incluiu a reclamante no plano de saúde sem exigir qualquer documento sobre o seu estado de saúde, não pode agora se furtar ao pagamento do tratamento.

"O contrato não exclui especificamente a doença de que é portadora a requerente. Considerando-se que o contrato de assistência médica e hospitalar do plano de saúde não exige exame antes da inserção do contratante e que se trata de típico contrato de adesão, suas cláusulas devem ser interpretadas em favor do aderente, e assim, a cooperativa médica deve responder pelas despesas efetivadas com a cirurgia recomendada, sendo dela o ônus de provar a má-fé da seguradora, eis que esta não se presume", destaca a magistrada na decisão.

Se não existe qualquer prova de que a beneficiária sofria de doença antes da celebração do contrato de assistência médico-hospitalar, incumbe à reclamada autorizar o atendimento médico indicado. A juíza acrescenta ainda que o direito à vida e a manutenção da saúde é um direito absoluto, que deve prevalecer sobre estipulações contratuais que limitam a sua abrangência. "São abusivas cláusulas contratuais, ainda que inseridas com destaque no contrato, que causem manifesta desvantagem ao usuário. Tal espécie de direito é guarnecido por normas de ordem pública, alojadas na Carta Política, no Código de Defesa do Consumidor".

De acordo com a juíza Olinda de Quadros Altomare Castrillon, o contrato entabulado entre as partes é do tipo 'contrato de adesão', onde uma parte previamente estipula as cláusulas e a outra simplesmente as aceita, sem oportunidade de discuti-las. Para a magistrada, esta limitação fere o princípio da liberdade de contratar porque a parte economicamente mais forte domina a relação, o que acaba por obrigar o aderente a admitir disposições prejudiciais em face da necessidade de sobrevivência financeira. E para equilibrar essa relação, o artigo 47 do Código de Defesa do Consumidor estabelece que 'as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor'.

Confira abaixo a íntegra da decisão.

Comarca : Tangará da Serra Cível e Criminal
Lotação : Primeira Vara Cível
Juiz : Olinda de Quadros Altomare Castrillon

V. V. B. ajuizou a presente ação cominatória com pedido de antecipação de tutela em face da Unimed Vale do Sepotuba, visando obter a determinação para que a requerida efetue o pagamento do procedimento cirúrgico a que foi submetida.

Sustenta que a requerida não autorizou o procedimento cirúrgico sob a alegação de cuidar-se de doença pré-existente, sendo a requerente obrigada a deixar um cheque-caução no Hospital, pois estava com muitas dores e necessitava realizar a cirurgia.

Anexou à exordial os documentos de fls.21/96.

DECIDO:

É certo que o direito à vida e a manutenção da saúde é um direito absoluto, que deve prevalecer sobre estipulações contratuais que limitam a sua abrangência. São abusivas cláusulas contratuais, ainda que inseridas com destaque no contrato, que causem manifesta desvantagem ao usuário. Tal espécie de direito é garantido por normas de ordem pública, alojadas na Carta Política, no Código de Defesa do Consumidor .

O contrato em questão deve ser interpretado em consonância com os dispositivos da Carta Política e do Código de Defesa do Consumidor para se chegar a um resultado justo e equânime.

É certo que o contrato entabulado entre as partes é de adesão, onde uma parte previamente estipula as cláusulas (predisponente) e a outra (aderente) simplesmente as aceita, sem oportunidade de discuti-las.

Esta limitação fere o princípio da liberdade de contratar porque a parte economicamente mais forte domina a relação, o que acaba por obrigar o aderente a admitir disposições prejudiciais em face da necessidade de sobrevivência financeira.

A intenção da parte aderente é forjada e, em certo sentido, viciada.

O Código do Consumidor, além de dispor sobre as cláusulas abusivas em seu artigo 51, traz no bojo do artigo 47 o princípio da interpretação pró-consumidor, o que, segundo Alberto do Amaral Júnior, vem reforçar o princípio do "contra proferentem", pelo qual o ônus da dúvida recai sobre o predisponente. Aqui, o "bônus" será sempre do aderente, no caso, o consumidor.

É o texto:

"Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor."

Carlos Maximiliano tem um entendimento ainda mais abrangente, dizendo que o contrato de adesão deve ser interpretado:

- a) contra aquele em benefício do qual foi feita a estipulação;
- b) a favor de quem a mesma obriga e, portanto, em prol do devedor e do promitente;
- c) contra quem redigiu o ato ou cláusula (ou melhor, contra o causador da obscuridade ou omissão).

O consumidor não adere ao plano de saúde para tão somente pagar o prêmio, sem ter a cobertura devida.

Vale colacionar o ensinamento da Professora Ada Pellegrini Grinover e outros, na obra Código Brasileiro de Defesa do Consumidor, 6ªed., p. 501, também esposada na decisão objurgada:

"quem quer contratar plano de saúde quer cobertura total, como é óbvio. Ninguém paga plano de saúde para na hora em que adoecer, não poder ser atendido. De outro lado, se o fornecedor desse serviço exclui de antemão determinadas moléstias, cujo tratamento sabe dispendioso, estará agindo com má-fé, pois quer receber e não prestar o serviço pretendido pelo consumidor."

A requerida sustentou que não está obrigada a cobertura da cirurgia recomendada para o caso da reclamante por tratar-se de doença pré-existente, mas se a requerida incluiu a reclamante no plano de saúde sem exigir qualquer documento sobre o seu estado de saúde, não pode se furtar ao pagamento do tratamento, sob alegação de má-fé, por não ter a seguradora declarado doença pré-existente.

É certo que o contrato não exclui especificamente a doença de que é portadora a requerente e, considerando-se que o contrato de assistência médica e hospitalar do plano de saúde, não exige exame antes da inserção do contratante e que se trata de típico contrato de adesão, suas cláusulas devem ser interpretadas em favor do aderente, e assim, a cooperativa médica deve responder pelas despesas efetivadas com a cirurgia recomendada, sendo dela o ônus de provar a má-fé da seguradora, eis que esta não se presume.

A Jurisprudência pátria tem se manifestado sobre o assunto da seguinte forma:

“CONTRATO – PLANO DE SAÚDE – DOENÇA PREEEXISTENTE – EXCLUSÃO – INADMISSIBILIDADE. Empresa que recebeu a proposta sem a realização de exames prévios no associado. Cobertura devida.” (Ap. Cível nº 9096-4, 4ª Câmara de Direito Privado do TJSP, Rel. Dês. Barbosa Pereira, j. 13.06.96, maioria).

PLANO DE SAÚDE – DOENÇA PREEEXISTENTE – INOCORRÊNCIA – EMENTA OFICIAL: CONTRATO DE SEGURO – SAÚDE. Embora legais, as cláusulas que restringem os riscos assumidos pela seguradora devem ser interpretadas de forma razoável, em conformidade com o bom senso e a boa-fé que necessariamente informam os contratos, de modo que a exclusão de doenças e lesões preexistentes não importem a não-cobertura da futura necessidade de renovação de cirurgias anteriores ou de atendimento, dado seu atual estágio involutivo, de processo degenerativos cuja origem podem remontar a um passado distante. (Bem. Infr. nº272075-2, 8ª Câmara de direito privado do TJSP, Rel. Dês. Aldo Magalhães, j. 13.11.96, un.)

PLANO DE SAÚDE – CONTRATO FIRMADO NA VIGÊNCIA DA LEI Nº 8.078/90 – DOENÇA CRÔNICA PREEEXISTENTE A CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE. Dispensando as seguradoras a qualquer interessado o prévio exame médico, objetivando a captação de clientela, assume o risco pelo contrato de forma integral ou a obrigação de fazer prova, face a inversão do ônus processual, da má-fé do segurado e do beneficiário do plano de saúde. Não pode o réu eximir-se de responsabilidade de prestar assistência médico-hospitalar sob alegação de doença crônica preexistente. (Ap. Cível nº 74.597-4, 7ª Câmara de Direito Privado do TJSP, Rel. Dês. Júlio Vidal, j. 22.02.1999, un.)

RECLAMAÇÃO – AÇÃO DE COBRANÇA – PLANO DE SAÚDE – RECUSA DE AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA – ALEGAÇÃO DE CARÊNCIA, POR SER A DOENÇA PRÉ-EXISTENTE – PRÉ-EXISTÊNCIA NÃO COMPROVADA. RECURSO IMPROVIDO.

Recusando-se o Plano de Saúde a autorizar procedimento cirúrgico, sob a alegação de carência, por ser a doença pré-existente à inclusão da usuária no Plano de Saúde, cumpre-lhe comprovar a pré-existência, por força do artigo 333, II, do C.P.C., sob pena de ser compelido ao reembolso de valor gasto pela paciente, no custeio da cirurgia. (Rec. Cível – Classe I – nº 110/04 – Capital (Juizado do Consumidor) – Rel. Dr. João Bosco Soares da Silva, 2ª Turma Recursal, jul. unânime).

Ressalte-se, que o relacionamento havido entre as partes é de natureza consumerista, por envolver uma prestadora de serviços e o destinatário fiel dos serviços prestados mediante a remuneração avençada, sujeitando-se, pois, à incidência de todos os princípios e mandamentos derivados do Código de Defesa do Consumidor.

E nesse sentido é que se aplica, no caso, o princípio da inversão do ônus da prova que visa repor em pé de igualdade partes originalmente desiguais.

O princípio em comento se faz quando verossímeis as alegações do autor ou quando for ele hipossuficiente, considerando-se este último requisito não somente a hipossuficiência econômica, mas principalmente a técnica, isto é, a dificuldade de acesso às informações necessárias para o esclarecimento da pretensão ou para realização da prova.

É o caso de se transcrever parte do voto do Min. Ruy Rosado de Aguiar no Resp 86.095-SP, julgado pela 4ª T. do STJ em 22.04.1996, eis que se aplica como luva ao presente feito:

"A empresa que explora planos de saúde e admite associado sem prévio exame de suas condições de saúde, e passa a receber as suas contribuições, não pode ao ser chamada ao pagamento de sua contraprestação, recusar a assistência devida sob a alegação de que o segurado deixara de prestar informações sobre o seu estado de saúde.

O segurado é um leigo, que quase sempre desconhece o real significado dos termos, cláusulas e condições constantes dos formulários que lhe são apresentados. Para reconhecer a sua malícia, seria indispensável a prova de que: 1) realmente ele foi informado e esclarecido de todo o conteúdo do contrato de adesão, e ainda; 2) estivesse ciente das características de sua eventual doença, classificação e efeitos.

A exigência de um comportamento de acordo com a boa-fé recai também sobre a empresa que presta a assistência, pois ela tem, nada mais do que ninguém, condições de conhecer as peculiaridades, as características, a área do campo de sua atividade empresarial, destinada ao lucro, para o que corre em risco que deve ser calculado antes de se lançar no empreendimento.

O que não se pode permitir é que atue indiscriminadamente, quando se trata de receber as prestações, e depois passe a exigir estrito cumprimento do contrato para afastar a sua obrigação de dar cobertura às despesas."

Ausente qualquer prova de que a beneficiária sofria de doença antes da celebração do contrato de assistência médico-hospitalar, incumbe à reclamada autorizar o atendimento médico indicado.

Assim, defiro o pedido de antecipação de tutela para determinar que a requerida proceda ao pagamento do procedimento cirúrgico realizado pela requerente, junto ao Hospital São Mateus, em Cuiabá, no prazo de 10 dias, possibilitando a devolução do cheque-caução apresentado ao Hospital pela requerente.

DETERMINO, desde já, a inversão do ônus da prova.

Cite-se a parte requerida, para, querendo, apresentar sua contestação no prazo legal, consignando-se no mandado que, não sendo contestada a ação, se presumirão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo autor (art. 285 e 419).

Expeça-se o necessário.

Intime-se

Cumpra-se.