



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
GABINETE DO DES. OSWALDO TRIGUEIRO DO VALLE FILHO

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0000343-85.2015.815.0451.

Relator : *Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho.*

Origem : *Comarca de Sumé.*

Apelante : *Unimed Campina Grande Cooperativa de Trabalho Médico.*

Advogado : *Cícero Pereira de Lacerda Neto – OAB/PB Nº 15.401.*

Apelada : *Nayara Soares de Carvalho.*

Advogado : *Valdemir Ferreira de Lucena – OAB/PB Nº 5.986.*

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. EXAME PET-CT. NEGATIVA DE COBERTURA. PROCEDIMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DA ANS. IRRELEVÂNCIA. LISTA NÃO TAXATIVA. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. CUSTEIO DEVIDO. DESPROVIMENTO.

– Os planos de saúde sujeitam-se à incidência das normas do Código de Defesa do Consumidor, enquadrando-se na modalidade de serviço prestado, sob remuneração, pelo mercado de consumo, nos termos do art. 3º, § 2º, daquele diploma normativo.

– “*O fato de eventual tratamento médico não constar do rol de procedimentos da ANS não significa, per se, que a sua prestação não possa ser exigida pelo segurado, pois, tratando-se de rol exemplificativo, a negativa de cobertura do procedimento médico cuja doença é prevista no contrato firmado implicaria a adoção de interpretação menos favorável ao consumidor.*” (STJ, AgRg no AREsp 708.082/DF, DJe 26/02/2016)

VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos. **ACORDA** a Segunda Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba em negar provimento ao recurso, nos termos do voto do relator, unânime.

Trata-se de **Apelação Cível** interposta pela **UNIMED Campina Grande Cooperativa de Trabalho Médico**, contra a sentença (fls. 152/156), proveniente do Juízo da Comarca de Sumé nos autos da **Ação de Obrigação de Fazer**, ajuizada por **Nayara Soares de Carvalho**.

O Magistrado singular julgou procedente o pleito autoral, tornando definitiva a tutela antecipada para determinar ao promovido que custeie o procedimento de PET-CT requerido pela autora, sob pena de multa diária. Condenou a ré, ainda, ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, fixados em 20% sobre o valor da causa.

A apelante insurge-se contra a sentença de mérito (fls. 150/168), aduzindo a inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor e a inexistência de cobertura contratual para o procedimento solicitado. Pugna, ao fim, pela reforma do *decisum*.

Contrarrazões ofertadas pela autora (fls. 175/177).

Instada a se pronunciar, a Procuradoria de Justiça (fls. 181/185) opinou pelo desprovimento do recurso apelatório.

É o relatório.

VOTO.

De início, destaco que a decisão ora recorrida fora publicada sob a vigência do Código de Processo Civil de 1973, motivo pelo qual tal regramento deverá regular os efeitos e os requisitos de admissibilidade do recurso contra aquela interposto.

Pois bem. Presentes os requisitos de admissibilidade de acordo com os termos dispostos no Código de Processo Civil de 1973, conheço do apelo, passando à análise dos argumentos recursais.

A celeuma ora posta centra-se na obrigatoriedade, ou não, da UNIMED Campina Grande – Cooperativa de Trabalho Médico, em custear a despesa relativa ao exame de PET-CT em Nayara Soares de Carvalho.

Analisando o caso em tela, tenho que as considerações traçadas pela seguradora de saúde não são suficientes para elidir o anseio da recorrida.

Ab initio, mister se faz realçar que os planos de saúde sujeitam-se à incidência das normas do Código de Defesa do Consumidor, enquadrando-se na modalidade de serviço prestado, sob remuneração, pelo mercado de consumo, nos termos do art. 3º, § 2º, daquele diploma normativo.

Ademais, a própria Lei nº 9.656/98 que regulamenta a atividade dos planos e seguros privados de assistência à saúde, em vários dispositivos,

ao tratar dos assistidos, utiliza a nomenclatura técnica “consumidor”, o que denota a incidência da legislação consumerista.

Outrossim, o STJ pacificou a questão sumulando o entendimento de que “*aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde*” (Súmula 469).

Neste íterim, oportuno lembrar que a lei consumerista é norma de ordem pública e de interesse social, haja vista seu honroso mister de promover uma realidade social mais justa e igualitária. Aplica-se, via consequência, obrigatoriamente às relações por ela regulada, sendo inderrogáveis pela vontade dos contratantes.

Sob esse horizonte, apreciemos o disposto nos arts. 46, 47 e 48 do Código de Defesa do Consumidor:

“Art. 46. Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigarão os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance.”

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

Art. 48. As declarações de vontade constantes de escritos particulares, recibos e pré-contratos relativos às relações de consumo vinculam o fornecedor, ensejando inclusive execução específica, nos termos do art. 84 e parágrafos.”(grifo nosso).

Observemos, ainda, o contido no art. 31 do mesmo diploma legal:

“Art. 31. A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores.”(grifo nosso).

No caso dos autos, verifica-se que a apelada é portadora de neoplasia do colo uterino, estágio II-B, CID C-53, doença rara e de alta agressividade, segundo laudo médico anexado às fls. 12. Consta também do referido documento que a recorrida realizou tratamento quimioterápico, tendo, inclusive, se submetido à cirurgia, além de radioterapia e braquiterapia.

Ademais, atestou o profissional que acompanha a paciente, que o exame pós controle apontou possível ocorrência de metástase, de forma que se fez necessária a realização do exame PET-CT para afastar tal suspeita.

Contudo, a operadora do plano de saúde houve por bem negar a cobertura do referido procedimento, sob o fundamento de que o exame não está previsto no rol da Agência Nacional de Saúde.

Razão não lhe assiste, contudo.

Isso porque, conforme é cediço, a ausência de previsão no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde (ANS), por si só, não obsta a cobertura do tratamento, uma vez que a referida lista não é taxativa, servindo apenas como referência para os planos de saúde privados.

Neste sentido é o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça. Confira-se:

“AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO MÉDICO. DOENÇA PREVISTA NO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DA ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO. COBERTURA MÍNIMA. INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR. SÚMULA N. 83 DO STJ. DANO MORAL. NÃO IMPUGNAÇÃO DE FUNDAMENTO SUFICIENTE POR SI SÓ PARA A MANUTENÇÃO DA DECISÃO AGRAVADA. SÚMULA N. 283 DO STF. QUANTUM INDENIZATÓRIO. SÚMULA N. 182/STJ.

1. Não é cabível a negativa de tratamento indicado pelo profissional de saúde como necessário à saúde e à cura de doença efetivamente coberta pelo contrato de plano de saúde.

2. O fato de eventual tratamento médico não constar do rol de procedimentos da ANS não significa, per se, que a sua prestação não possa ser exigida pelo segurado, pois, tratando-se de rol exemplificativo, a negativa de cobertura do procedimento médico cuja doença é prevista no contrato firmado implicaria a adoção de interpretação menos favorável ao consumidor.

3. É inviável agravo regimental que deixa de impugnar fundamento da decisão recorrida por si só suficiente para mantê-la. Incidência da Súmula n. 283 do STF.

4. “É inviável o agravo do art. 545 do CPC que deixa de atacar especificamente os fundamentos da decisão agravada” (Súmula n. 182 do STJ).

5. Agravo regimental parcialmente conhecido e desprovido.”

(AgRg no AREsp 708.082/DF, Rel. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/02/2016, DJe 26/02/2016) (grifamos)

Notório resta que a negativa da cobertura solicitada, necessária à saúde da paciente, restringe direito fundamental inerente à própria natureza do contrato, sobremodo diante do quadro clínico apresentado que demonstra risco de vida à apelada.

Outrossim, se há no contrato cobertura ginecológica, não pode o plano de saúde restringir os meios que assegurem a efetividade de tratamentos relacionados a problemas dessa ordem, sendo plenamente abusiva a cláusula que limita a cobertura do procedimento considerado mais adequado pelo profissional de saúde.

Não é outro o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, que tem precedentes nesse mesmo sentido:

“DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL.OFENSA AO ART. 535 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO DE MATÉRIA FEDERAL.

INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 211/STJ. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA LIMITATIVA DE TRATAMENTO. ABUSIVIDADE. PATOLOGIA COM COBERTURA CONTRATUAL.

1. Havendo previsão contratual de cobertura de determinada patologia, é abusiva a restrição aos meios necessários ao sucesso do tratamento. Quem garante os fins deve dar os meios, sob pena de ofensa à boa-fé objetiva e à vedação de comportamento contratual contraditório. Precedentes.

2. Agravo regimental não provido, com aplicação de multa.”

(AgRg no AREsp 341.956/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 02/10/2014, DJe 07/10/2014)

É, pois, sob esse fundamento, que os tribunais pátrios vêm declarando a abusividade de cláusulas contratuais que limitem coberturas ou estabeleçam exclusões atentatórias à legítima expectativa do consumidor de receber integral assistência do plano de saúde.

Não almejamos negar ou suprimir a autonomia da vontade na formação dos contratos. Absolutamente. O nosso querer restringe-se à primazia de valores maiores, utilizando-se, para tanto, do espírito protetivo do direito consumerista e seus princípios da transparência, boa-fé, lealdade, probidade e eticidade.

Ressalto, pois, que a liberdade de contratar não é absoluta, esbarrando em zonas fronteiriças de bens supremos e, por isto, indisponíveis.

A natureza peculiar do contrato de seguro de saúde e a especial relevância do direito protegido, estão a exigir que a sua compreensão seja realizada à luz de princípios maiores e não a vista das regras tradicionais da teoria dos contratos.

Destaco, ainda, que a cooperativa médica ofertante de planos de saúde, por inserir-se num ramo de atividade classificada como serviço público de natureza essencial, deve ter como bússola norteadora de suas ações a promoção da dignidade da pessoa humana.

Tenho, pois, que andou bem o Juiz sentenciante ao determinar o custeio pela apelante do exame médico em questão, isentando a autora de qualquer despesa.

Com estas razões, **NEGO PROVIMENTO AO RECURSO**, mantendo íntegra a sentença vergastada.

É COMO VOTO.

Presidiu a sessão o Exmo. Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos. Participaram do julgamento, o Exmo. Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho, o Exmo. Dr. Tércio Chaves de Moura, juiz convocado em substituição a Exma. Des. Maria das Neves do Egito de Araújo Duda Ferreira e o Exmo. Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos. Presente ao julgamento, o Exmo. Dr. Valberto Cosme de Lira, Procurador de Justiça. Sala de Sessões da Segunda Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, João Pessoa, 27 de setembro de 2016.

Oswaldo Trigueiro do Valle Filho
Desembargador Relator