



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

GABINETE DO DESEMBARGADOR JOÃO ALVES DA SILVA

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0000766-52.2014.815.0751

ORIGEM : 4ª Vara da Comarca de Bayeux

RELATOR : Desembargador João Alves da Silva

APELANTE : Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.
(Adv. Hermano Gadelha de Sá)

APELADO : Pedro Ferreira de Franca
(Adv. Jadielma Lins do Nascimento)

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. RECUSA NO CUSTEIO DE TRATAMENTO. DEPENDÊNCIA QUÍMICA. DOENÇA PREEXISTENTE INFORMADA PELO PROMOVENTE NA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO. ASSENTIMENTO PELO OPERADORA. CLÍNICA NÃO INTEGRANTE DA REDE CREDENCIADA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA CONFIGURADA. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DOS DIREITOS À SAÚDE E À VIDA. ABUSIVIDADE CARACTERIZADA. AUSÊNCIA DE OUTRO CENTRO QUE PRESTE O SERVIÇO EM CASO DE INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA. COBERTURA. MANUTENÇÃO DA DECISÃO PRIMEVA. DESPROVIMENTO DO RECURSO.

- O plano de saúde não pode se eximir da cobertura de tratamento médico em geral, alegando que o seu cliente é portador de doença preexistente, quando teve ciência no momento da formalização da avença e mesmo assim o celebrou.

- Na linha dos precedentes do Superior Tribunal de Justiça, o período de carência contratualmente estipulado, pelos planos de saúde, não prevalece, diante de situações graves, nas quais a recusa da cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado.

- Demonstrado que o estado de saúde do usuário inspirava sérios

cuidados, com riscos severos a sua integridade física, revela-se ilegal a negativa de atendimento sob o argumento de não configuração de situação de emergência. De outro lado, não havendo outro centro habilitado para tratamento do mal que aflige o usuário, para o caso de internação involuntária, o atendimento deve ser feito naquele disponível, sob pena de frustrar a legítima expectativa do contratante.

VISTOS, relatados e discutidos estes autos, em que figuram como partes as acima nominadas.

ACORDA a Quarta Câmara Especializada Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do relator, integrando a decisão a súmula de julgamento de fl. 181.

RELATÓRIO.

Trata-se de apelação cível interposta pela Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. contra sentença proferida pelo MM. Juízo da 4ª Vara da Comarca de Bayeux que, nos autos da ação ordinária de obrigação de fazer com pedido de tutela antecipada ajuizado por Pedro Ferreira de Franca, julgou procedente em parte o pedido, determinando que a demandada custeie o tratamento do autor na Clínica Especializada Nova Aliança, nos moldes do contrato de fls. 30/35, sob pena de multa diária de R\$ 500,00, bem como condenou a ré no pagamento das custas e honorários advocatícios.

Recorre da decisão a empresa promovida, pugnando pela reforma da decisão de primeiro grau, sustentando a inexistência de conduta abusiva por parte da promovida na negativa de cobertura, tendo em vista que a doença do promovente é anterior a celebração do contrato.

Alega que o próprio apelado na formalização do contrato reconheceu que é alcoólatra há mais de 10 anos, havendo má-fé do autor quando firmou o plano e em curto período após houve a necessidade de internação em clínica de recuperação.

Adiante, aduz que o caso em desate enquadra-se no prazo de 24 (vinte e quatro) meses de carência para que o plano seja obrigado a custear o tratamento, em virtude de restar comprovada a preexistência da doença, outrossim que a clínica destacada na decisão não é conveniada ao plano de saúde e apta a realizar o tratamento, inclusive havendo denúncia de maus tratos aos pacientes.

Pugna pelo provimento do apelo, para que seja julgado totalmente improcedente o pedido exordial.

Sem contrarrazões. (Certidão fl. 162)

Parecer Ministerial pelo conhecimento e desprovemento do recurso, para que seja mantida a Sentença recorrida.

É o relatório.

VOTO.

Compulsando-se os autos e analisando-se a casuística posta em deslinde, há de se adiantar que o presente recurso apelatório não merece qualquer provimento, porquanto a sentença se afigura irretocável e isenta de vícios.

Inicialmente, é cediço relatar que resta patente a relação consumerista decorrente de tal avença de plano de assistência à saúde firmada entre os litigantes, sendo, portanto, de incidência obrigatória os dispositivos versados no Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

Destarte, urge destacar que basta um estudo, ainda que perfunctório, do diploma legal *infra*, para se chegar à conclusão de que um contrato deve ser estipulado conforme os princípios da boa-fé e probidade¹, objetivando-se, sempre, a satisfação do consumidor e o atendimento de sua saúde, segurança e outros valores considerados inerentes à dignidade humana.

Em virtude disto, o CDC cria mecanismos de proteção ao polo hipossuficiente da relação consumerista, a fim de equipará-lo ao fornecedor de bens ou serviços, estabelecendo, para tanto, entre outros: a interpretação mais favorável ao cliente² e até o reconhecimento da nulidade das cláusulas abusivas³.

No caso dos autos, assim como bem observou o magistrado de piso, não há como se acolher as alegações do recorrido, vez que, apesar do promovente ser dependente químico (álcool e droga) ao contrário do sustentado pela empresa ré, na declaração de saúde apresentada no momento da assinatura do contrato ele e sua curadora informaram a sua situação de ser dependente químico há mais de 10 anos (item 7), havendo conhecimento e assentimento pela empresa, tanto que firmou o contrato. (fl. 95)

Nesses casos, os planos de saúde não podem se eximir da cobertura de tratamento médico em geral, sob a alegação de que o cliente é portador de doença preexistente, quando o próprio consumidor declarou sua situação e a operadora não se opôs, sequer exigiu exames clínicos complementares no momento da celebração do contrato, contexto que afasta a má-fé da consumidora no momento da contratação do plano.

1 Artigo 422, do Código Civil de 2002, Lei 10.406/02.

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

3 Artigo 51, do Código de Defesa do Consumidor.

Quanto a necessidade de se aguardar 24 meses não há como se acolher, vez que a doença foi informada e há provas de que a situação é emergencial, havendo indicação médica específica para a intervenção (Laudo fl. 36), assinado pela Média Psiquiátrica Dra. Vilma Ferreira, atestando a necessidade de internação involuntária do paciente, preenchendo assim os requisitos exigidos na legislação respectiva.

O plano de saúde não pode negar atendimento ao usuário que carece de internação mesmo antes de cumprido o prazo de carência, quando o procedimento é fundamental ao restabelecimento da saúde do apelado, bem ainda em respeito ao princípio da boa-fé objetiva.

Como visto, o contrato e a norma albergam o atendimento de urgência ao usuário, não sendo razoável que, tendo aderido a plano de saúde, necessitando de atendimento emergencial, tenha seus direitos restringidos e frustradas as suas expectativas, tornado impraticável o objeto do contrato.

Nesse sentido, segue jurisprudência da nossa Corte:

PROCESSUAL CIVIL. CONSUMIDOR. CIVIL. Apelação Cível. Ação de Rescisão de Contrato ajuizada por operadora de Plano de Saúde. Alegação de doença preexistente. Ausência de perícia. Ônus da Administradora do Plano de saúde. Má-fé não comprovada. Pedido improcedente. Manutenção. Precedente jurisprudencial. Desprovimento do apelo. 3. Ademais, não se justifica a recusa à cobertura de cirurgia necessária à sobrevida do segurado, ao argumento de se tratar de doença pré-existente, quando a administradora do plano de saúde não se precaveu mediante realização de exames de admissão no plano, sobretudo no caso de obesidade mórbida, a qual poderia ser facilmente detectada. REsp 980.326/RN, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 01/03/2011, DJe 04/03/2011.(Apelação Cível n.º20020060397383001, Rel.: Dr. Aluizio Bezerra Filho, 3ª Câmara Cível, D.J.: 17/01/2012).

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. CIRURGIA BARIÁTRICA. PROCEDÊNCIA. APELAÇÃO CÍVEL. DOENÇA PREEEXISTENTE A CONTRATAÇÃO DA SEGURADORA. CARÊNCIA DE 24 MESES PARA COBERTURA. ALEGAÇÃO DESCABIDA. EXCESSO DE PESO QUE NÃO É SINÔNIMO DE DOENÇA. INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA. Em caso do excesso de peso associado à problema de saúde. Desprovimento. O plano de saúde não pode se eximir da cobertura de tratamento médico em geral, alegando que o seu cliente é portador de doença preexistente, quando não exigiu exames clínicos do mesmo no momento da

celebração do contrato. O portador de obesidade pode ser uma pessoa saudável. A cirurgia bariátrica só é recomendada quando o excesso de peso está associado a algum problema de saúde decorrente dele, tais como hipertensão, diabetes, entre outros.

(TSPB; AC 073.2008.003756 -4/001; Rel. Des. Márcio Murilo da Cunha Ramos; D.IPB 31/07/2009; Pág. 6)

Com o mesmo entendimento, destaque-se julgado do Superior Tribunal de Justiça:

PLANO DE SAÚDE. OBESIDADE MÓRBIDA. GASTROPLASTIA. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PRÉ-EXISTENTE. PRAZO DE CARÊNCIA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. 1. "O ponto omissis da decisão, sobre o qual não foram opostos embargos declaratórios, não pode ser objeto de recurso extraordinário, por faltar o requisito do prequestionamento" (Súmula 356/STF). 2. A gastroplastia, indicada como tratamento para obesidade mórbida, longe de ser um procedimento estético ou mero tratamento emagrecedor, revela-se como cirurgia essencial à sobrevivência do segurado, vocacionada, ademais, ao tratamento das outras tantas co-morbidades que acompanham a obesidade em grau severo. Nessa hipótese, mostra-se ilegítima a negativa do plano de saúde em cobrir as despesas da intervenção cirúrgica. 3. Ademais, não se justifica a recusa à cobertura de cirurgia necessária à sobrevivência do segurado, ao argumento de se tratar de doença pré-existente, quando a administradora do plano de saúde não se precaveu mediante realização de exames de admissão no plano, sobretudo no caso de obesidade mórbida, a qual poderia ser facilmente detectada. 4. No caso, tendo sido as declarações do segurado submetidas à apreciação de médico credenciado pela recorrente, por ocasião do que não foi verificada qualquer incorreção na declaração de saúde do contratante, deve mesmo a seguradora suportar as despesas decorrentes de gastroplastia indicada como tratamento de obesidade mórbida. 5. Recurso não provido.(Resp 980326/RN, Rel.: Min. Luis Felipe Salomão, T4 - Quarta Turma, D.J.: 01/03/2011).

Assim, os argumentos de preexistência de patologia e de prazo de carência vão de encontro à jurisprudência pátria, merecendo ser rechaçado.

Quanto a necessidade de ser o autor internado em clínica conveniada ao plano de saúde, denoto que o recorrente não logrou demonstrar a existência de centro conveniado que pudesse acolher a internação involuntária do paciente, de forma que, nesse contexto, assim como já perfilhou esta Câmara em outros julgados, deve a operadora custear as despesas da internação na clínica indicada, para que assim seja preservada a

saúde do contratante e os termos contratuais.

Importante frisar que o direito à vida é bem supremo garantido pela Carta Política de 1988 e, mesmo que não estivesse ali escrito, sê-lo-ia pelo próprio direito natural inerente ao ser humano. O reconhecimento da fundamentalidade desse princípio impõe uma nova postura dos operadores do direito que devem, na aplicação das normas, assegurar a vida humana de forma integral e prioritária.

Assim, no confronto de disposições, devem prevalecer aquelas que erigem a saúde como direito humano fundamental, no sentido de fazer valer a decisão que determinou que a ré proceda à cobertura das despesas relativas ao tratamento médico em testilha.

Sobre a necessidade do plano de saúde cobrir despesas como o tratamento de pacientes acometidos de dependência química, destaco os seguintes precedentes:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. CONTRATO ANTERIOR À LEI Nº 9.656/98. APLICAÇÃO DA NOVEL LEGISLAÇÃO EM RAZÃO DAS SUCESSIVAS RENOVAÇÕES DO CONTRATO. DEPENDÊNCIA QUÍMICA. DOENÇA PREVISTA NO CID. ART. 10. OBRIGATORIEDADE DA COBERTURA PARA TRATAMENTO. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA TAMBÉM CONFIGURADA OBRIGANDO, AINDA MAIS, A DEMANDADA A CUSTEAR A INTERNAÇÃO SOLICITADA. INTELIGÊNCIA DO ART. 35-C DA LEI 9656/98. Apelo provido. (Apelação Cível Nº 70027370485, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Antônio Corrêa Palmeiro da Fontoura, Julgado em 19/08/2010)

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA. TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E DEPENDÊNCIA QUÍMICA. EXCLUSÃO DE COBERTURA. CLÁUSULA ABUSIVA. DOENÇA PREVISTA NO CÓDIGO INTERNACIONAL DE SAÚDE. COBERTURA DEVIDA. DANOS MORAIS. NÃO OCORRÊNCIA. POR MAIORIA, VENCIDO O RELATOR, NEGARAM PROVIMENTO A AMBOS OS APELOS. (Apelação Cível Nº 70035049139, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Luís Augusto Coelho Braga, Julgado em 13/06/2013)

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

COBERTURA. 1. A Lei nº 9.656/98 é aplicável à hipótese dos autos, independentemente de ter havido a adequação do contrato firmado entre as partes a esta legislação, até porque realizada sucessivas renovações do contrato desde então. 2. Hipótese em que houve a migração automática para o plano com cobertura para tratamento psiquiátrico, pois não comprovada pela ré a devida comunicação da parte autora para a adesão ao plano com cobertura mais ampla. 3. Não há como a parte ré negar cobertura ao tratamento psiquiátrico do filho do autor na condição de dependente químico, seja porque realizada a migração automática para o plano com cobertura para tratamento psiquiátrico, seja porque o caput do art. 10 da Lei nº 9.656/98 estabelece expressamente a cobertura desta patologia pelos planos de saúde. NEGARAM PROVIMENTO AO APELO. (Apelação Cível Nº 70039301320, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 15/12/2010)

Demais disso, a conduta da promovida/apelante afrontou preceitos elencados em importantes diplomas legais, quais sejam, a Constituição Federal, o Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor, devendo-se concluir tal deslinde da forma mais favorável ao consumidor, garantindo seu direito à vida e à sanidade, em detrimento da pretensão abusiva e ilegal da empresa recorrente.

É de se convir que limitação de plano de saúde, quando ligadas ao bom e fiel tratamento para a enfermidade, a torna, quanto a esse particular, abusiva, pois, em muitos casos, pode vir a frustrar o próprio tratamento, este sim alcançada pela cobertura contratada.

Logo, sendo o segurado beneficiário e estando a enfermidade coberta pelo contrato, a limitação imposta pelo plano de saúde não pode ser tolerada.

A par de tais considerações, **nego provimento ao recurso**, para manter incólume a decisão tomada pelo Juízo a quo.

É como voto.

DECISÃO

A Quarta Câmara Especializada Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba decidiu, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do relator.

Presidiu a sessão o Exmo. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira. Participaram do julgamento o Exmo. Des. João Alves da Silva, o Exmo. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira e o Exmo. Des. Frederico Martinho de Nóbrega Coutinho.

Presente ao julgamento a Exma. Dra. Vanina Nóbrega de Freitas Dias
Feitosa, Promotora de Justiça.

Sala de Sessões da Quarta Câmara Especializada Cível do Tribunal
de Justiça do Estado da Paraíba, João Pessoa, 26 de abril de 2016.

João Pessoa, 27 de abril de 2016.

Desembargador João Alves da Silva
Relator