Uma operadora de plano de saúde foi condenada na Justiça a pagar a uma mulher uma indenização por dano moral no valor de 4 mil reais. Motivo? Não autorizou um tratamento recomendado pelos médicos da paciente, alegando falta de cobertura. A ação foi movida por uma mulher, em face da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI, e tramitou no 7º Juizado Especial Cível e das Relações de Consumo de São Luís. Declarou a autora ser cliente do plano de saúde demandado, e que foi acometida por dor em nervo na face, que a deixou incapacitada para os demais atos da vida.

Por isso, seu médico solicitou tratamento de neuralgia do trigêmeo por via percutânea e radioscopia para acompanhamento do procedimento cirúrgico do tratamento. Assim, procurou o plano de saúde réu para requerer a autorização para o procedimento, mas eles não foram autorizados, pois de acordo com a CASSI, o exame não se encontra no rol da tabela geral de auxílio e os procedimentos e o kit não possuem cobertura, com base na cláusula 17 do contrato de prestação de serviço.

A CASSI alegou, ainda, que o plano da autora é antigo e que as regras de atendimento estão definidas apenas em contrato e não se estendem às regras de cobertura da Agência Nacional de Saúde. Por causa de tal situação, a demandante requereu a concessão de liminar para autorização dos procedimentos, além de reparação por danos morais.

A requerida, em sua contestação, sustentou que a negativa se enquadra em expressa hipótese de exclusão de cobertura prevista pelo contrato celebrado pelas partes, sendo que ao excepcionar a cobertura em referência, a CASSI agiu em exercício legal de direito que lhe é reconhecido pelo contrato que disciplina a relação jurídica estabelecida entre as partes.

“A busca da verdade real é indispensável para que o julgador possa dar o correto deslinde à causa e, no caso específico, o ônus da prova deverá seguir regra do art. 373, do Código de Processo Civil, ou seja, cabe à parte autora fazer prova dos fatos constitutivos de seu direito, e à reclamada, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor”, destacou a sentença, frisando que o caso em questão não cabe a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, uma vez que a empresa se trata de plano de saúde de autogestão.

Para a Justiça, após análise aprofundada do conjunto de provas anexado ao processo, o pleito da reclamante merece acolhimento. “Com efeito, a autora demonstrou ser beneficiária do plano de saúde, e não se encontrava em mora à época da solicitação do procedimento, restando, ainda, comprovada a necessidade de realização dos procedimentos em comento, conforme prescrição médica devidamente assinada por profissional habilitado (...) Dessa forma, entende-se que a reclamante produziu as provas que estavam ao seu alcance, cabendo à ré, portanto, ônus de evidenciar a existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo ao direito pleiteado, o que não aconteceu”, observou.

A sentença ressaltou que, em qualquer contrato de prestação de serviço médico-hospitalar, a incidência da boa-fé objetiva pressupõe que os objetivos presentes quando da contratação do plano sejam efetivados no decorrer da execução do contrato. “Logo, de um lado o contratante/aderente do plano deve honrar com as suas obrigações contratuais pagando as prestações e utilizando o plano da forma convencional e do outro a empresa deve fornecer os serviços também da forma contratada (...) Nesse passo, é inequívoco que houve por parte da contratada a quebra da boa-fé objetiva, visto que, quando chamada a cumprir com as suas obrigações contratuais, quais sejam, garantir a realização de exames necessários ao resguardo da saúde da autora, não honrou com a obrigação que lhe cabia”, esclareceu.

“Ante todo o exposto, há de se julgar procedente o pedido, no sentido de condenar o plano réu ao pagamento de uma indenização pelos danos morais causados à demandante”, finalizou, confirmando a liminar concedida, em sua totalidade, à época.

Fonte: TJMA, em 22.02.2022