

Por Voltaire Marensi.(*)



Mais uma vez motivado por uma entrevista concedida à Rádio Justiça sob o tema em pauta, volto a enfatizar, realçar e valorar determinadas sentenças proferidas por magistrados de primeiro grau.

Desta feita, se cuidou de examinar e manifestar meu entendimento em relação a uma ação aforada perante o **2º Juizado Especial Cível de Santa Catarina**, Florianópolis/SC, em que o autor narrou que começou a sentir dores abdominais cinco meses após contratar plano de saúde.

No atendimento médico para realização de exames, antes de realizá-los, foi acometido por dor súbita e aguda.

Diagnosticado com colecistite aguda a equipe médica declinou pela necessidade de uma cirurgia de urgência, mas o plano recusou a “cobrir” o procedimento em virtude da carência do contrato. O valor cobrado pelo hospital aonde ele esteve internado não chegou à cifra de 10 mil reais.

Quando perguntado pelo entrevistador da mencionada emissora, **Dr. Valter Lima**, disse a ele da incrível e nefasta coincidência que o entrevistado, comentarista deste ensaio, sofreu a cerca de dois anos atrás.

Na oportunidade fui internado, em caráter de urgência, em razão de uma colangite, que também foi negada cobertura pela simples alegação da administradora do plano de saúde e da própria prestadora dos serviços, de que não estaria previsto em meu contrato a internação de um hospital mais próximo de minha residência.

Vale, aqui, sublinhar uma particularidade. Tratava-se de uma portabilidade na qual na troca de *e-mails* um funcionário da administradora do plano deixou, de modo reiterado, enfatizado que o hospital em que estava na ocasião fazia parte da rede credenciada de atendimento ao contratante

daquela modalidade assistencial.

Deixado no hospital por um bom samaritano, meu vizinho de moradia, não me restou outra alternativa que não fosse a internação naquele nosocômio, mormente pelo fato de se encontrar em plena pandemia sem nenhuma possibilidade de procurar, sequer, outro hospital pela falta de táxi, ou outra condução pelo adiantado da hora. Aliás, não tão adiantado pois era por volta das 22:40 horas.

Outra peculiaridade é que também não se cuidava de qualquer tipo pertinente à carência exigida pelos planos de saúde.

Diante de certa analogia de ambos os casos, vale dizer, **urgência e emergência** e até de sua patologia, embora com hipóteses fáticas diversas com o caso de Santa Catarina e o meu, ambos tinham risco severo de óbito.

Não vou aborrecer meus distintos leitores e honradas leitoras, alongando pequenas distinções entre as duas patologias. Apenas, que ambas são resultantes de inflamação da vesícula por impactação de cálculo em ducto cístico - *colecistite* - e a outra, colangite, quando o cálculo vai para ducto colédoco e gera inflamação.

Meu processo corre até hoje ainda sem sentença, provavelmente, por se cuidar de um valor pago por este cronista, na ocasião de quase cem mil reais, tramitando, de consequência, em vara da justiça comum e não na Justiça Especial, outrora denominada de juizado de “pequenas causas”.

Todavia, vejam a casuística e a identidade dos processos: a vida de pessoas sob risco iminente, embora com seus respectivos planos de saúde devidamente adimplidos.

Retornando ao caso objeto de minha fala e que resolvi escrever, uma vez que todos podem ter acesso livremente às informações cá relatadas, quero, no ponto, me ater ao que foi decidido pelo juiz catarinense, **Marcelo Carlin**.

Na contestação desse processo ocorrido no Estado de Santa Catarina, a operadora alegou que o contrato do autor ainda estava dentro do período da carência, vale dizer, fixada em 180 dias para internações clínicas e cirúrgicas, além de aduzir que a cobertura nos casos de urgência e emergência, durante o período de carência limitava-se a 12 horas, bem como dos respectivos serviços ambulatoriais.

Na bem lançada decisão, o juiz supra mencionado entendeu que a tese da negativa diante da vigência de carência contratual não merecia acolhimento.

No sentir – daí a palavra sentença – *de sentire*, o ilustrado magistrado ressaltou que essa condição não se aplicaria a casos de urgência e emergência, “conforme definido pela lei que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. (Lei n. 9.656/98)”. **Excerto da sentença.**

Ademais, segundo o julgador supra nominado, a tese de que a cobertura nos casos de urgência e emergência não se limitaria a 12 horas, porque seria incompatível com a previsão legal e a regras administrativas, que não vingariam segundo seu entender.

A falha na prestação do serviço, **urgência/emergência**, sobrepaira altaneira sob qualquer hipótese.

A uma, porque a vida tem um valor inestimável, basta ler e fazer a exegese do artigo 789 do atual Código Civil. A duas, pelo fato de cuidarmos de uma instituição cujos primórdios teve origem em um *monte pio*, ou seja, uma associação altamente caritativa. A três, em razão de que não está se cuidando de reposição de um bem material até assegurado pelo regulamento securitário de que determinadas seguradoras podem repor nos seguros de veículos determinadas peças usadas. Aliás, fazendo essa pequena digressão, tal modalidade securitária “não pegou muito bem” no mercado

segurador. A quatro, porque o inciso VI, do artigo 12 da Lei dos Planos de Saúde com a redação da medida provisória nº 2.177-44 de 2001, diz que “haverá reembolso, em todos os tipos de produtos e das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras..... etc”.

Acredito que isso seja suficiente para motivar o alto interesse e o bom direito que protege às inteiras os usuários de planos de saúde.

Para encerrar me valeria de um aforisma que julgo convincente acrescentar neste ensaio, quando o grande literato francês **Honoré de Balzac**, com acentuado viés psicológico, sentenciou: “a morte é como a cortesã nos seus desdêns, porém mais fiel não engana ninguém”.

Destarte, nestes breves comentários alerto e ressalto em bom português: operadoras e administradoras de planos de saúde, deixem a ganância de lado e se preocupem mais com a saúde e o bem estar de seus associados, que, ao fim e ao cabo, sustentam seus respectivos gestores para não querer açular ainda mais a indignação de seus utentes.

É o que penso.

(*) **Voltaire Marensi** é Advogado e Professor.

Porto Alegre, 01/12/2022.