Decisão reconhece que cooperativa de trabalho não amparou o consumidor, que deixou de realizar exame indispensável para o seu tratamento

O Juízo da 5ª Vara Cível da Comarca de Rio Branco julgou procedentes os pedidos contidos no Processo n° 0710874-74.2015.8.01.0001, para condenar a Unimed Rio Branco a pagar indenização por danos morais no valor de R$ 15 mil, e R$ 347,57 por danos materiais à J.S.M. A decisão foi publicada na edição n° 5.883 do Diário da Justiça Eletrônico (fl. 57), da última sexta-feira (15).

J.S.M. tinha câncer e não conseguiu realizar um exame imprescindível ao seu tratamento, por isso solicitou que a obrigação de fazer fosse demandada para que a referida cooperativa de trabalho médico o atendesse. Durante o trânsito do processo, ele faleceu, contudo, a decisão assinada pela juíza de Direito Olívia Ribeiro reconheceu que o plano de saúde particular deveria ter amparado o consumidor. Desta forma, a indenização deverá ser percebida pelo espólio (cujo administrador é E.S.M.).

O espólio é o ente despersonalizado que representa a herança em juízo ou até fora dele. Nos casos em que já houve inventário, o espólio é representado em juízo pelo inventariante. Mas se o inventário ainda não foi aberto, o espólio passa a ser representado pelo administrador provisório. Ainda que não possua personalidade jurídica, o espólio tem legitimidade processual, e pode praticar atos jurídicos, a exemplo da celebração de contratos.

Entenda o caso

O autor tinha linfoma na região cervical e seu médico solicitou o exame PET-CT oncológico para determinar a extensão do câncer e a proposta terapêutica adequada para seu tratamento.

Apesar de possuir plano privado de assistência à saúde de abrangência nacional e o contrato em dias, a ré não autorizou o exame, nem hemograma completo. Por isso, havendo cobertura e laudo médico atestando seu estado, ratificou em sua inicial que “não havia razão para recusa da ré, cuja abusividade constituiu ato ilícito”.

Em contestação, a cooperativa médica esclareceu que o demandante fazia parte de um plano coletivo da Universidade Federal do Acre (Ufac) e que não teria migrado para a nova Lei dos Planos de Saúde, então, o contrato apresentado pelo autor não condiz com a realidade do plano que possui.

Segundo a resolução da Agência Nacional de Saúde, o exame de PET SCAN constitui-se uma inovação tecnológica e só passou a ser obrigatório aos planos de saúde em 2010, enquanto o plano do reclamante foi celebrado em 1998. Alegou por fim, que nunca negou tratamento de radioterapia, internação, medicação ou acesso aos profissionais especializados.

Então, veio aos autos a informação de falecimento do autor, que ocorreu em dezembro de 2015, oportunidade em que as patronas deste apresentaram pedido de habilitação requerendo a sucessão processual pelos herdeiros.

Decisão

Ao analisar o mérito, a juíza de Direito Olívia Ribeiro analisou a Lei 9.656/1998, que fundamentou a recusa da ré ao exame. O dispositivo trata da adaptação do sistema de saúde e foi publicado no Diário Oficial da União em 4 de junho de 1998, com o vacacio legis de 90 dias, entrando em vigor em setembro de 1998 e o contrato do autor foi celebrado em outubro do referido ano, assim dentro do prazo de vigência da Lei.

Por esse entendimento, todos os benefícios que a Agência Nacional de Saúde estabeleceu às operadoras de plano de saúde devem ser repassados aos usuários. Neste caso, teria o autor direito

ao exame pretendido, por ser de cobertura obrigatória.

Ainda sobre a alegação do autor não ter optado pela adaptação do plano, a magistrada destacou que como foi uma pessoa jurídica contratante de plano coletivo, ou seja, quem deveria realizar a opção de adaptação à Lei era a Ufac. “Não foi provado nos autos que a Ufac fez a opção pela adaptação à Lei, resta claro que o contrato do autor permaneceu da forma como foi pactuado”.

Acerca da cláusula da não cobertura do contrato e o impedimento ao referido exame, o Juízo compreendeu ser abusivo à luz do artigo 51 do Código de Defesa do Consumidor. “O autor jamais poderia ficar ‘amarrado’, durante toda sua vida, em procedimentos, serviços, exames e tratamentos ultrapassados. A medicina vive em constantes mudanças para chegar o mais perto possível da cura de doenças, melhorias em protocolos de atendimento, exames modernos, etc. (...) Portanto, não é razoável que em 17 anos de utilização do plano de saúde o autor ficasse engessado em procedimentos do século passado”.

Olívia Ribeiro também compreendeu que a resolução apontada trata de forma discriminatória os usuários, pois segrega um grupo com os limites da utilização, as quais seriam “teoricamente os mais necessitados por serem os mais antigos, ferindo frontalmente o princípio da igualdade e dignidade da pessoa humana”.

Outra evidência evidenciada na decisão, é que no mesmo contrato há cláusula que estabelece o atendimento nas especialidades de Cancerologia – Clínica e Cirúrgica. “Portanto, aplicando os artigos 46 e 47 do Código de Defesa do Consumidor, prevalece a interpretação mais favorável ao consumidor”, assim seria um contrassenso dentro do que estava previsto para o atendimento que o exame requerido não fosse coberto.

Por fim, foi desnecessária a comprovação do dano. A titular da unidade judiciária afirma ser difícil mensurar a aflição e angústia do paciente ao perceber o agravamento de seu estado, e sem perspectivas, já que sem o exame não era possível indicar tratamento adequado ao prolongamento da vida e convívio com os familiares.

Os danos materiais estabelecidos na condenação referem-se ao custeio de hemograma e medicamento, que deveriam ser pagos pelo plano de saúde.

Fonte: TJAC, em 22.05.2017.