A Terceira Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba decidiu, por unanimidade, nesta terça-feira (26), que a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) deverá arcar com todas as despesas do tratamento de um segurado, com dependência química, que teve sua internação negada pela operadora de Saúde, por ser em clínica fora da rede credenciada. O relator da Apelação Cível nº 0000431-66.2014.815.2001, desembargador Saulo Henriques de Sá e Benevides, desproveu o recurso da CASSI e proveu o apelo da parte autora (mãe e filho), para reformar a decisão e determinar o custeio total do tratamento e, não apenas, parcial.

Consta no voto que, no dia 06/01/2014, a autora (mãe) realizou consulta com médico especializado que, diante do quadro de dependência do segundo promovente (filho), solicitou internação com urgência, mesmo contra a eventual vontade do jovem. A mãe, então, firmou contrato com a CASSI, deixando 10 cheques, inclusive, como garantia. Todavia, foi informada de que não havia nenhum estabelecimento para dependentes químicos na Paraíba.

Na sentença proferida pelo Juízo da 10ª Vara Cível da Capital, nos autos da Ação Ordinária de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada, julgada procedente em parte, a operadora foi condenada a cobrir o tratamento de saúde de dependência química, no valor equivalente ao que seria pago às clínicas credenciadas.

Inconformada com a decisão, a operadora do plano de saúde recorreu, alegando que o autor não estava internado em clínica credenciada à CASSI. Afirmou, nos autos, que possui uma vasta rede de clínicas para o tratamento de dependência química em todo o país. E, por fim, argumentou que o Código de Defesa do Consumidor não é aplicável ao caso, visto que a operadora atua numa modalidade de autogestão. Requereu a reforma da sentença para que o pedido fosse julgado improcedente.

A parte autora (mãe e filho) também recorreu, solicitando a reforma da sentença a fim de que fosse mantida a decisão que concedeu a tutela antecipada em todos os seus termos. Aduziu que os mesmos não têm condições de arcar com as despesas que deveriam ser assumidas pelo plano de saúde.

A Procuradoria de Justiça emitiu parecer, opinando pelo provimento do recurso dos autores e pelo desprovimento do apelo da operadora do plano de saúde.

O relator Saulo Henriques de Sá e Benevides iniciou seu voto afirmando que todo plano ou seguro de saúde está submetido às disposições do Código de Defesa do Consumidor, por se tratar de relação de consumo atinente ao mercado de prestação de serviços médicos.

Frisou que as normas protetivas do Direito do Consumidor são de ordem pública e de interesse social e que podem ser utilizadas para afastar eventual restrição por parte da administradora do plano de saúde, mesmo sob o argumento de que a operadora é uma cooperativa fechada, sem fins lucrativos e que não comercializa planos de saúde no mercado aberto, conforme alegado pela Operadora.

O desembargador Saulo Henriques de Sá e Benevides explanou que os planos de saúde apresentam a função social da garantia da prestação de serviços médicos e hospitalares aos segurados, em virtude de qualquer evento futuro e incerto. E, a não cobertura de um procedimento essencial afronta a finalidade básica do contrato, uma vez que o seu fim é garantir tal prestação.

Ressaltou, ainda, que, em se tratando de procedimento médico de urgência, a cláusula restritiva do contrato acarreta desvantagem excessiva ao segurado, visto que este celebra o acordo com o objetivo de ter alguma garantia contra fatos imprevisíveis, apresentando-se, assim, abusiva a aplicabilidade de tal cláusula contratual.

O relator ainda observou que a operadora do plano de saúde não demonstrou, em tempo hábil, a

existência de centro conveniado que pudesse acolher a internação do paciente, de forma que, a CASSI deverá custear, integralmente, as despesas da internação na clínica indicada, para que seja preservada a saúde do contratante e os termos contratuais.

Por fim, dispôs que a sentença deveria ser reformada, no sentido de manter a internação na clínica em que o paciente recebe o tratamento, às expensas da operadora de plano de saúde, não havendo que se falar em custeio parcial. O desembargador fundamentou sua decisão no inciso VI do artigo 12 da Lei 9.656/98, que trata dos casos em que os planos de saúde devem reembolsar as despesas médicas realizadas pelos seus beneficiários, inclusive situações de urgência e emergência.

Fonte: TJPB, em 26.09.2017.