A Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) confirmou decisão da Justiça de Santa Catarina que fixou indenização por danos morais de R$ 10 mil contra a Caixa de Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) devido à negativa de cobertura de exames clínicos a beneficiário do plano de saúde.

Ao STJ, a Cassi alegou a impossibilidade de aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) a plano administrado por entidade de autogestão, mas o colegiado concluiu que o julgamento do Tribunal de Justiça de Santa Catarina (TJSC) não teve como base apenas as normas da lei de proteção ao consumidor, mas sim disposições do Código Civil que impedem que o plano de saúde aplique restrições não previstas no contrato de prestação de serviços.

“A avaliação acerca da abusividade da conduta da recorrente ao negar o tratamento prescrito pelo médico do usuário efetivamente atrai a incidência do disposto no artigo 423 do Código Civil, pois as cláusulas ambíguas ou contraditórias devem ser interpretadas em favor do aderente”, apontou a relatora do recurso da Cassi, ministra Nancy Andrighi.

Cláusulas abrangentes

Na ação que deu origem ao recurso especial, o paciente alegou que foi diagnosticado com síndrome carcinoide em 2009. Em virtude da doença, o médico solicitou a realização de dois exames clínicos, mas a cobertura foi negada pela Cassi sob o argumento de que os procedimentos não estariam previstos no contrato de saúde.

A condenação por danos morais foi estabelecida pelo juiz de primeira instância, em sentença mantida pelo TJSC. Para o tribunal catarinense, as disposições contratuais foram fixadas de forma abrangente e, portanto, devem ser interpretadas de forma mais benéfica ao usuário.

Aplicação do Código Civil

Em análise do recurso especial da Cassi, a ministra Nancy Andrighi destacou que, de fato, o STJ já decidiu que o CDC não se aplica a contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão – como no caso da Cassi – em razão da inexistência de relação de consumo.

Todavia, a ministra destacou que a negativa de pagamento, pelo plano, de exames que não são restringidos no contrato deve ser analisada sob a ótica do Código Civil, solução que foi adotada pelo TJSC ao julgar o caso.

“Essa conjuntura demonstra que quando houver previsão contratual de cobertura da doença e respectiva prescrição médica do meio para o restabelecimento da saúde, independentemente da incidência das normas consumeristas, é dever da operadora de plano de saúde oferecer o tratamento indispensável ao usuário”, afirmou a relatora.

Ao analisar o caso, a ministra ressaltou que a jurisprudência do STJ reconhece o direito à compensação por danos morais oriundos da recusa de cobertura de plano de saúde, pois a conduta agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no beneficiário do plano, que já se encontra com a saúde debilitada.

“A recusa indevida, na hipótese, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira dos exames a que estava contratualmente obrigada – dificultando o tratamento adequado e oportuno da grave doença do recorrido, zelador e idoso – gerou direito de compensação a título de dano moral”, concluiu a ministra ao manter a condenação.

Leia o acórdão.

(**REsp 1639018**)

Fonte: STJ, em 08.03.2018.