Um homem que teve tratamento de saúde parcialmente negado deverá ser indenizado pela Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, conhecida como plano de saúde CASSI. A sentença foi proferida pela 1ª Vara Cível de São Luís e condena o plano CASSI ao pagamento de R$ 7.000,00 (sete mil reais) a G. A. S., a título de indenização por danos morais à parte autora. A ação também apresentava como requerido o Hospital Empreendimento Médico-Hospitalar do Maranhão (UDI), mas a Justiça julgou pela improcedência, alegando a responsabilidade neste caso ter sido apenas do plano de saúde.

Conforme o processo, trata-se de Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Indenização Por Danos Morais, tendo como requeridos a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e UDI Hospital, na qual o requerente alegou que era beneficiária dos serviços prestados pela primeira ré e sempre cumpriu com suas obrigações contratuais. O requerente segue relatando que, sentindo dores na região pélvica e desconforto ao urinar, procurou auxílio de um médico especialista, que constatou aumento volumétrico da próstata e requisitou alguns exames. Concluiu que os resultados da bateria de exames apresentaram sérias ameaças de câncer de próstata, já com quadro de obstrução prostática, confirmando o diagnóstico inicial, tendo o médico que o acompanha solicitado autorização para realização do procedimento de “Ablasão de Próstata a Laser e Ressecção Endoscópica da Próstata, no ano de 2015.

Entretanto, o autor destaca que o plano de saúde autorizou apenas parte do que foi requisitado, sob alegação de que os procedimentos listados, apesar de urgentes, não constam no rol de autorização da Agência Nacional de Saúde, resumindo-se a autorização a apenas a “ressecção endoscópica da próstata” e um dia de internação. Devidamente citada, a ré CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil apresentou defesa alegando, inicialmente, que é entidade que atua na área de prestações de serviços de saúde suplementar, sob o modelo de autogestão, constituindo-se em instituição de assistência social, sem fins lucrativos, o que afasta a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor à hipótese vertente.

Alegou, ainda, que o autor não fazia jus ao direito pleiteado, uma vez que, ao negar a autorização para realização da cirurgia, agiu em exercício legal de direito que lhe é reconhecido pelo contrato que disciplina a relação jurídica estabelecida entre as partes. Ressaltou também que as despesas decorrentes do procedimento médico a que foi submetido o autor não são passíveis de cobertura contratual, pois, não faz parte da Tabela Geral de Auxílios - TGA do plano de saúde do qual é parte o requerente, por isso, não tem a obrigação de custear as despesas oriundas da referida cirurgia. Por fim, a CASSI ressaltou que a negativa de cobertura deu-se com base na cláusula 17 do contrato celebrado entre as partes.

“Considerando os fatos, fundamentos e provas que foram carreadas aos autos, verifico que a presente demanda deve ser julgada improcedente em face do UDI Hospital, eis que este não integra efetivamente a relação jurídica contratual controvertida. Apesar de o hospital ser credenciado da operadora de saúde, o comando legal pretendido deve ser dirigido tão somente à operadora do plano de saúde, pois era a única capaz de autorizar o tratamento da autora nas instalações hospitalares. Considerando os fatos narrados na inicial não há que se falar em omissão de socorro por parte da equipe médica da UDI, pois evidente que a seguradora que é a entidade responsável pelo suposto descumprimento de previsão contratual entabulado, o que isenta o UDI Hospital de qualquer ilicitude na presente demanda”, argumentou o Judiciário na sentença.

E continua: “Verifica-se que a demandada CASSI vale-se do argumento de que é uma entidade de autogestão, não tendo lucro com sua finalidade existencial e, nessa condição, não é fornecedora de serviços, mas operadora de saúde no seguimento de autogestão, o que afasta a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor ao presente caso. Tal argumentação não procede. É que, mesmo sendo uma entidade de autogestão, sem fins lucrativos, a proteção ao consumidor goza de prerrogativas constitucionais em nossa Carta Magna de 1988, e neste intuito, tanto para a regulamentação da Agência Nacional de Saúde quanto para o CDC, o beneficiário é tido como hipossuficiente na relação jurídica e econômica”.

A sentença esclarece: “A saúde, enquanto bem relevante à vida e à dignidade da pessoa, foi elevada pela atual conjuntura constitucional à condição de direito fundamental, razão por que não pode, de nenhuma forma, ser vista como mera mercadoria, tampouco ser confundida com outras atividades econômicas, merecendo o respeito que lhe é inerente (…) Neste contexto, há muito a doutrina e especialmente os órgãos do Poder Judiciário, enquanto garantidores da justiça social, vem repelindo certas práticas de operadoras de planos de saúde em face do leigo e hipossuficiente consumidor. É que ao negar cobertura a determinados procedimentos necessários à escorreita garantia à saúde do paciente-consumidor, estar-se a atentar contra os direitos à saúde e à vida dos segurados, de modo que atitudes como a ora analisada devem ser tidas como ilícitas exatamente porque desnatura a função primordial de contratos dessa natureza”.

E conclui: “Não pode o plano de saúde alegar que o procedimento não está coberto pelo contrato, uma vez que não se pode impedir o paciente de se submeter a tratamento moderno disponível no momento, em razão de cláusula limitativa, pois o contrato deve se ajustar aos avanços da ciência médica (…) No que pertine à reparação dos danos morais pleiteados, pelas provas anexadas ao processo, merece acolhida o pedido do autor (…) Isso porque a atitude da Ré ao impedir o consumidor do plano de saúde de receber tratamento prescrito por seu médico, afronta a finalidade única e imediata do contrato, que é a proteção à vida e à saúde do segurado”.

**Fonte**: TJMA, em 26.04.2019.