



Coletânea de Jurisprudências
Volume II

Direito à Saúde

Questões atuais no Tribunal de Justiça



em defesa do
DIREITO
À SAÚDE

2011

Coletânea de Jurisprudências
Volume II

Planos de Saúde

Questões atuais no Tribunal de Justiça

Coletânea de Jurisprudências

Volume II

Planos de Saúde

Questões atuais no Tribunal de Justiça

Coletânea de Jurisprudências

Volume II

Planos de Saúde

Questões atuais no Tribunal de Justiça

*As decisões selecionadas para esta publicação reproduzem
com fidelidade as ementas disponibilizadas nas secretarias dos tribunais*

Editora: Renata Vilhena Silva

Colaboradores:

Ana Paula Carvalho
Armênio Clóvis Jouvin Neto
Estela do Amaral Alcântara Tolezani
Gabriela Cardoso Guerra Ferreira
Juliana Nordi
Karina Zaia Salmen Silva
Marcos Paulo Falcone Patullo
Maria Helena Croce Kapp
Rafael Robba
Renata Vilhena Silva
Tatiana Harumi Kota

Coordenação Editorial: Tânia Bernucci

Organização: Priscila Picholari Mingues

Revisão: Ulysses Lima

Arte: Alvaro Felipe Jr.

Imagem da Capa: Copyright SuriyaPhoto, 2011 - sob licença da Shutterstock

Edições Vilhena Silva Advogados

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Coletânea de jurisprudência, vol. II : direito à
saúde : questões atuais no Tribunal de Justiça /
[editora Renata Vilhena Silva] . -- São Paulo :
Edições Vilhena Silva Advogados, 2011.

Vários colaboradores.

1. Consumidores - Leis e legislação - Brasil
2. Planos de saúde - Brasil 3. Planos de saúde -
Jurisprudência - Leis e legislação - Brasil
I. Silva, Renata Vilhena.

11-04400

CDU-34:368.42:381.6(81)

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Planos de saúde : Consumidores :
Direito 34:368.42:381.6(81)

Apresentação

Coordenei esta coletânea com a mais pura intenção de difundir a informação sobre o direito à saúde. Este segundo volume foi elaborado com a escolha de decisões judiciais conquistadas contra planos e seguros de saúde desde 2008 até hoje. Neste trabalho, não nos restringimos ao Tribunal de São Paulo, trouxemos também a visão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro sobre o tema.

Seguindo sempre o propósito de nos tornarmos instrumento de transformação social, realizamos este trabalho para que a informação sobre o direito à saúde seja acessível e chegue a um número cada vez maior de consumidores. De acordo com levantamento do CNJ (Conselho Nacional de Justiça) divulgado em novembro de 2010, existem no país 112 mil ações envolvendo o direito à saúde no Brasil. Só o estado de São Paulo concentra quase 45 mil processos.

O número vem crescendo, graças à atividade insatisfatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, que não cumpre seu papel de agência reguladora e da falta de eficácia na gestão da Saúde Pública.

Como a litigiosidade do setor tende a crescer, esperamos que com a instituição da agenda regulatória do Governo o fornecimento de medicamentos quimioterápicos, via oral, passe realmente a vigorar – por enquanto é promessa. Esperamos, ainda, que a concorrência do setor aumente, tornando mais saudável a relação entre prestador e consumidor e, por fim, que os idosos desfrutem de maior respeito.

No que diz à saúde pública, infelizmente o acesso aos medicamentos depende muito da situação política, às vezes o acesso é fácil e rápido e, em outras, há resistência, inclusive em cumprir a ordem judicial. Depois de série de processos, a situação melhorou no âmbito da Secretaria de Saúde de São Paulo, o que nos faz acreditar que nosso trabalho vale a pena.

A reunião de alguns dos julgamentos mais importantes com atuação da equipe do Vilhena Silva Advogados deu origem a esta *Coletânea de Jurisprudências*, que poderá auxiliar os consumidores e interessados em busca do efetivo direito à saúde.

Um grande abraço e boa leitura.

Renata Vilhena Silva
Advogada especializada em Direito à Saúde

Índice

| | |
|---|-----------|
| I. O Direito à Saúde | 15 |
| II. Jurisprudências | 17 |
| 1. Home Care | 17 |
| 2. Sistema Nacional Unimed | |
| 2.1 <i>Indenização por Danos Morais</i> | 19 |
| 2.2 <i>Urgência e Emergência</i> | 21 |
| 3. Medicamentos | |
| 3.1 <i>Entrave Burocrático Para Liberação de Medicamentos</i> | 23 |
| 3.2 <i>Medicamento de Uso Domiciliar</i> | 25 |
| 3.3 <i>Medicamento Importado</i> | 27 |
| 4. Hemodiálise | 29 |
| 5. Tratamento Experimental Off Label | 31 |
| 6. Cirurgia Bariátrica | 33 |
| 7. Seguro de Vida | 35 |
| 8. Falta de Capacidade Técnica da Rede Credenciada | 37 |
| 9. Reembolso de Honorários Médicos | 39 |
| 10. Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares | 41 |
| 11. Remissão | 43 |
| 12. Contratos Antigos | 45 |
| 13. Continuidade ao Tratamento em Contrato Coletivo Cancelado | 47 |
| 14. Rescisão Unilateral dos Contratos Coletivos de Planos de Saúde | 49 |
| 15. Reajustes Abusivos | |
| 15.1 <i>Proibição de Reajuste por Faixa Etária a Idoso</i> | 51 |
| 15.2 <i>Reajuste Abusivo de Mensalidade aos 56 anos</i> | 55 |
| 15.3 <i>Devolução dos Valores Pagos a Maior</i> | 57 |
| 15.4 <i>Reajuste por Sinistralidade* em Contrato Coletivo</i> | 59 |

*Termo usado pelos planos de saúde para determinar a ocorrência de vários episódios de internação ou tratamento médico. A ANS determina o prazo de um ano. O contrato cujo usuário recorre ao plano várias vezes é chamado de contrato de alta sinistralidade porque constitui risco para o plano ou seguro-saúde.

I. O Direito à Saúde

A assistência privada à saúde cresce no Brasil e no mundo e essa demanda dá origem a novos desafios para os planos e seguros saúde e novos problemas para seus contratantes. O incremento tecnológico na área e, ironicamente, a restrição ao seu acesso, a falta de regras claras e, ainda, o desrespeito ao consumidor são questões delicadas que norteiam as relações entre planos de saúde e beneficiários.

Com o envelhecimento mundial da população, que hoje vive muito mais, o sistema de saúde teria de estar bem preparado para lidar com os idosos e o direito dos aposentados. Além disso, o desenvolvimento do emprego formal e o aumento do número de empresas de assistência privada também exigem mais profissionalismo e humanização no atendimento.

O crescimento do setor gerou 112 mil ações que tramitam nos tribunais de todo o Brasil, 45 mil das quais no estado de São Paulo. O Rio de Janeiro, onde o escritório Vilhena Silva passou a atuar desde o início deste ano, vem em segundo lugar com 25 mil ações. Além disso, foram criadas Câmaras Técnicas especializadas em saúde para apoiar as decisões judiciais em algumas partes do Brasil (São Paulo, que concentra o maior número de beneficiários e de ações, ainda não criou nenhuma).

O Poder Judiciário tem sido grande aliado na tentativa de melhor entendimento das regras do mercado e de regulação do mesmo. Prova disso é que, em 2010, o Conselho Nacional de Justiça realizou o I Fórum da Saúde para debater as questões do setor.

No entanto, seguimos com novos desafios, como o de aumentar a transparência nas relações e grandes preocupações, como o das vendas “casadas” de pacotes de previdência privada e planos de saúde. Se este tipo de transação já é repellido quando realizada por organizações financeiras, o que diremos das de saúde, ainda mais quando o Estatuto do Idoso (2004) proíbe o reajuste da mensalidade após os 60 anos? Em notícia de 18 de fevereiro de 2011, publicada no jornal *O Estado de S. Paulo*, a ANS aventa a possibilidade da venda casada como se fosse um benefício e não uma transação mascarada, como forma de diminuir os gastos com os mais velhos.

Nosso escritório se tornou referência na área do direito à saúde e, frequentemente, recebe a visita de estudantes de Direito em busca de materiais para suas pesquisas. Algumas de nossas decisões se tornaram exemplares em livros de instituições como a Fundação Getúlio Vargas e o setor de Jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo.

O *I volume da Coletânea de Jurisprudências*, editado por nosso escritório, ajudou a impulsionar algumas mudanças de postura, tanto do poder público quanto dos planos de saúde.

Os constantes avanços da medicina e o conseqüente aumento dos custos, o número crescente de decisões que condenam as seguradoras por dano moral nos fazem crer que estamos no caminho certo da defesa do cidadão.

Observamos, ainda, que com o aumento do emprego formal e da concorrência de mercado, as empresas são obrigadas a oferecer um pacote atraente de benefícios especialmente no que diz respeito à saúde. Sendo assim, há a necessidade de uma nova orientação jurídica empresarial para a administração dos contratos de planos de saúde de funcionários.

É nossa intenção continuar fomentando a discussão em torno do tema e, se possível, influenciar decisões dos tribunais superiores. Esperamos que os exemplos contidos neste II Volume sejam esclarecedores e estimulem os que se sentem abusados, quer sejam pessoas físicas ou jurídicas, a lutar por seus direitos.

II. Jurisprudências

I. Home Care

Negativa do plano de saúde para tratamento domiciliar (home care) ao segurado, portador de doença grave.

Rafael Robba

O *home care* se caracteriza como uma forma especial de internação, pois permite ao paciente receber tratamento médico fora do ambiente hospitalar, com a mesma estrutura que lá teria. Além de se apresentar como alternativa de redução dos elevados custos decorrentes da permanência do paciente numa instituição de saúde, o *home care* previne o usuário de possíveis riscos infectológicos, além de contribuir para a melhora física e psicológica do paciente.

No *home care*, o paciente recebe tratamento domiciliar de profissionais da área médica, especializados em atendimento extra hospitalar. Este serviço não pode ser confundido com a figura do cuidador, que normalmente é um familiar ou um empregado contratado para auxiliar o doente a se vestir, a se alimentar, a fazer a higiene etc.

Apesar das nítidas vantagens oferecidas pelo *home care*, muitos planos e seguros-saúde se negam a prestar cobertura a este serviço, justificando esta prática em cláusulas contratuais que limitam o tratamento domiciliar do segurado.

Ocorre que a necessidade de *home care* não decorre da vontade do paciente, mas sim de indicação médica que visa a garantia da integridade física do doente, quando esta é colocada em risco no ambiente hospitalar.

Desta forma, sempre que houver indicação médica para o uso de *home care*, decorrente de doença contratualmente coberta pelo plano ou seguro-saúde, não poderá prevalecer a exclusão contratual para tratamento domiciliar.

Entender de forma diversa é o mesmo que aceitar a cobertura de determinada doença, mas restringir o modo pelo qual ela deve ser enfrentada é uma contradição intrínseca que afeta a própria eficácia da cláusula de cobertura contratual.

Sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor, negar cobertura para o uso de *home care* espelha prática de conduta abusiva, eis que “*restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual*”, nos moldes do artigo 51, § 3º, inciso II da Lei nº 8.078/90.

Portanto, o *home care* deve ser considerado como uma forma especial de interação, o que obriga sua cobertura pelos planos e seguro-saúde sempre que houver recomendação médica, pois sua exclusão compromete o objeto do contrato de assistência médica contratado pelo paciente.

Ementa

Assistência Médica – Seguro-saúde – Atendimento domiciliar (home care) a paciente que está em tratamento de problemas decorrentes de doença degenerativa – Indicação médica – Tratamento e cuidados a serem ministrados ao paciente que não se enquadram nas exclusões contratuais – Obrigação da manutenção do atendimento domiciliar com o pagamento integral e direito à prestadora de serviços – Recurso improvido, com determinação.

(Apelação Cível nº 994.09.280609-6 – São Paulo – Relator Fabio Quadros – 12.08.10)

2. Sistema Nacional Unimed

2.1 Indenização por Danos Morais

Tratamento radioterápico IMRT no Hospital Sírio-Libanês, por intermédio de sistema de intercâmbio entre a Unimed Rio e a Unimed Paulistana, e indenização por danos morais.

Marcos Paulo Falcone Patullo

Os contratos de seguro-saúde firmados pela Unimed, de uma forma geral, oferecem aos seus clientes a possibilidade de atendimento em âmbito nacional, por intermédio do uso de sistema de intercâmbio denominado “Sistema Nacional Unimed”.

Segundo entendimento jurisprudencial consolidado em diversos tribunais estaduais, as diversas cooperativas Unimed integrantes desse “sistema” se responsabilizam, solidariamente, pela execução dos contratos firmados por outras cooperativas.

Ocorre, muitas vezes, que os hospitais referenciados a uma determinada cooperativa Unimed não fornecem ao segurado aparato técnico suficiente para proporcionar a cura da moléstia que o acomete. Assim, ele pode procurar em outra cooperativa Unimed uma instituição tecnicamente habilitada a concretizar o tratamento que ele necessita.

O Poder Judiciário do estado do Rio de Janeiro, que se caracteriza por adotar um posicionamento vanguardista no que tange ao reconhecimento dos direitos dos consumidores, vislumbrou a violação ao princípio da boa-fé objetiva por parte da seguradora, bem como invocou o Enunciado Sumular n.º 24 daquele tribunal, que confere exclusivamente ao médico a decisão pelo melhor tratamento a ser dispensado ao paciente, entendimento já pacificado no Superior Tribunal de Justiça.

Baseado nesses dois aspectos, o tribunal fluminense censurou a conduta da Unimed Rio, reconhecendo o dever de custear, integralmente, o tratamento realizado pelo segurado no hospital paulista. Mais do que isso, apurou-se, na hipótese, que o inadimplemento contratual perpetrado pela seguradora ofendeu a dignidade do consumidor, ou seja, o seu patrimônio imaterial, o que levou à condenação da Unimed no pagamento de indenização por danos morais de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Ementa

Responsabilidade Civil – Quimioterapia – Controvérsia entre consumidor e empresa de seguro-saúde, tendo por objeto a recusa de cobertura de procedimento denominado “técnica tridimensional com modulação da intensidade do feixe (IMRT)” – Tratamento de adenocarcinoma de próstata, realizado à custa do consumidor, em hospital localizado em outra unidade da Federação – Sentença de procedência do pedido indenizatório por danos materiais e morais – Terapia pretendida que encontrava amparo contratual, inexistindo qualquer cláusula limitativa à cobertura de procedimentos específicos – Boa-fé objetiva – Aplicabilidade do Enunciado Sumular n.º 24, constante do Aviso 69/09 desta Corte Estadual, a resguardar a escolha do melhor tratamento ao profissional médico – Argumentação acerca da existência de diversos estabelecimentos credenciados à rede, capazes de realizar tal tratamento, que não restou comprovada – Negativa de cobertura contratual que impõe o dever de indenizar – Danos morais configurados, não merecendo reparo o quantum indenizatório fixado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), consideradas as peculiaridades do caso – Apelo improvido.

(Apelação Cível n.º 0172279-72.2009.8.19.0001 – Rio de Janeiro – Desembargador Relator Celso Luiz de Matos Peres – 14.06.10)

2. Sistema Nacional Unimed

2.2 Urgência e Emergência e Defeito na Prestação de Serviço

Plano de saúde alega não ter obrigação de cobrir os tratamentos realizados fora da área de abrangência do contrato, mesmo quando a situação se caracteriza como urgência ou emergência.

Maria Helena Croce Kapp

No Brasil há empresas de assistência médico-hospitalar que se integram a um Sistema de Intercâmbio, garantindo expressamente em seus contratos a possibilidade de atendimento nacional. É o caso da Unimed.

Contudo, quando o segurado efetivamente necessita de atendimento em outra localidade, se depara com a negativa da seguradora sob justificativa de que a entidade médico-hospitalar escolhida não está filiada ao plano contratado, mas sim a outra regional. Isso ocorre com frequência entre as Unimeds de âmbito regional e a Unimed Paulistana, que possui uma das melhores redes de hospitais e clínicas credenciadas.

O Poder Judiciário, por sua vez, tem repellido a conduta das Unimeds nos casos em que o atendimento ocorreu em casos de urgência e emergência, bem como diante da ausência de condições técnicas da cidade de origem para prestar a assistência médica requerida pelo especialista.

Para os desembargadores, a existência do Sistema Nacional Unimed permite o intercâmbio entre todas as cooperativas, possibilitando que nestas circunstâncias o atendimento ao consumidor seja prestado em qualquer uma das entidades médico-hospitalares que integrem esse sistema. No primeiro acórdão apresentado, o autor da ação era conveniado à Unimed Campinas e pleiteou o custeio do tratamento de câncer no Hospital Sírio-Libanês, que por sua vez é credenciado à Unimed Paulistana.

Ficou comprovado, no decorrer da ação, que o atendimento fora da área de abrangência do plano do autor ocorreu em caráter emergencial. Em razão disso, os desem-

bargadores entenderam que o atendimento deveria ser prestado em qualquer estabelecimento credenciado onde houvesse uma Unimed e, portanto, sendo o Hospital Sírio-Libanês credenciado à Unimed Paulistana, o atendimento deveria ser prestado e as despesas cobertas pela Unimed Campinas em sistema de integração/solidariedade.

Já no segundo acórdão apresentado, o autor era conveniado da Unimed Fortaleza e foi submetido a tratamento oncológico na cidade de São Paulo, sob orientação do médico que lhe assistia, pois inexistia no estado do Ceará o tratamento mais adequado para a doença (radioterapia).

Neste caso, a Unimed Fortaleza argumentou que não estaria obrigada a dar cobertura aos tratamentos realizados fora do estado do Ceará em hospital não credenciado.

No entanto, o Tribunal de Justiça de São Paulo entendeu que o Hospital Sírio-Libanês é credenciado à Unimed Paulistana e, portanto integrante do Sistema Nacional Unimed. Dessa forma, o beneficiário do plano de saúde contratado com qualquer uma das Unimeds tem direito à cobertura do tratamento em estabelecimento credenciado à Unimed de outra região, por meio de intercâmbio com senha, quando o serviço de que necessita não está disponível na unidade contratante.

Ementa

Ação de obrigação de fazer: custeio do tratamento de câncer no fígado e pâncreas, com quimioembolização com lipiodol e iodo I – 131, junto ao Hospital Sírio-Libanês – Sentença: procedência – Recurso: Ré. Contrato: previsão de cobertura fora da região de atendimento (Unimed Campinas) nos casos de urgência ou emergência em estabelecimentos credenciados perante qualquer Unimed – Cláusula restringindo o atendimento em pronto-socorro: nulidade por abusividade (art. 51, IV, CDC) – Tratamento prescrito face ao risco do paciente desenvolver falência hepática por progressão neoplásica: caso de urgência – Credenciamento do hospital Sírio-Libanês pela Unimed Paulistana: obrigação de atendimento, que se aplica a qualquer nova técnica em decorrência da ciência – Condenação que não viola, mas, ao contrário, prestigia o art. 5º, XXXVI, CF, nem implica em desequilíbrio contratual ou transferência do dever estatal de prover a saúde da população (art. 196, CF) – Recurso não provido.

(Apelação Cível nº 428.932.4/9-00 – São Paulo – Relator Claudio Lima Bueno de Camargo – 07.12.09)

Plano de Saúde alega não ter obrigação de cobrir os tratamentos realizados fora da área de abrangência do contrato, mesmo quando a rede credenciada local não dispõe do tratamento necessitado pelo segurado.

Ementa

Assistência Médica e Hospitalar – Unimed de Fortaleza – Recusa de cobertura das despesas com tratamento em hospital em São Paulo – Procedência acertada – Impossibilidade de tratamento no estado do Ceará – Admissibilidade de cobertura – Recurso contra essa decisão não provido.

(Apelação Cível nº 391.532.4/0-00 – São Paulo – Relator Teixeira Leite – 12.02.09)

3. Medicamentos

3.1 Entrave burocrático para liberação de medicamentos

Plano de saúde nega fornecimento de medicamento já registrado na Anvisa sob a alegação de ser experimental.

Tatiana Harumi Kota

Neste caso, a paciente era portadora de tumor nos ovários e no útero e, após realizar intervenção cirúrgica para retirada desses órgãos foi constatada grave evolução da doença e teve de se submeter à nova cirurgia e, ainda, à administração do remédio Avastin, conforme prescrição médica. Entretanto, o fornecimento foi recusado pela operadora, que alegou falta de cláusula contratual para a cobertura de medicamentos experimentais.

Comprovando a necessidade do remédio, a paciente pleiteou que a Lincx Serviços de Saúde S/C Ltda. reembolsasse as despesas com o medicamento Avastin e, ainda, o custeio da continuidade do tratamento quimioterápico.

Mesmo sustentando que o medicamento requerido não era indicado para o caso, conforme explica a bula, e com base na cláusula contratual, para a recusa da cobertura, a perícia se mostrou suficiente para o entendimento de que o médico responsável pela paciente é que deve decidir o melhor tratamento a ser seguido.

Isso porque não cabe ao plano de saúde escolher o procedimento clínico ou material que será utilizado, somente à equipe médica compete a tomada de decisão dessa natureza, consoante entendimento do Superior Tribunal de Justiça.

Da mesma forma pondera o Código de Ética Médica, no artigo 16, que prevê: “Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente”.

Também é notório que muitos medicamentos, embora indicados para cura de doenças específicas, surtem resultados benéficos dentro de outros campos da medicina e nem por isso se tornam medicamentos denominados “experimentais” ou off label.

Entraves burocráticos não podem caracterizar obstáculo para o tratamento do paciente, já que a Anvisa autorizou a venda do medicamento e existem estudos internacionais sobre a prescrição do mesmo para outros tipos de doença.

Ementa

Plano de Saúde – Fornecimento de medicamento recusado pela seguradora, sob o fundamento de ser experimental – Abusividade – Decisão que cabe ao médico responsável pela segurada – Ademais, já registrado na Anvisa – Disposições da bula médica que não podem prevalecer sobre a concreta necessidade ante o estado de saúde da paciente – Honorários reduzidos – Recurso desprovido.

Este caso foi publicado na área de notícias do site do Tribunal de Justiça de São Paulo.

(Apelação cível nº 0117856-10.2008.8.26.0000 – São Paulo – Relator Carlos Teixeira Leite – 10.03.11)

3.2 Medicamento de Uso Domiciliar

Plano de Saúde alega que há exclusão contratual para medicamento de uso domiciliar.

Gabriela Cardoso Guerra Ferreira

Muitos tratamentos oncológicos demandam a necessidade de drogas quimioterápicas de uso oral, que permitem ao paciente receber o medicamento em seu domicílio, ou seja, fora do ambiente hospitalar.

Em razão de o medicamento ser de uso oral/domiciliar, as operadoras de plano de saúde, com base no artigo 10, inciso VI da Lei 9.656/98, negam o custeio do tratamento quimioterápico.

Todavia, as operadoras de plano de saúde abusam de seu direito ao se fundamentarem em cláusula contratual para negar o custeio de drogas quimioterápicas de uso oral, que, na maioria das vezes, é o único tratamento capaz de impedir a progressão de determinada doença.

Além disso, se o contrato de assistência médica prevê a cobertura para tratamento quimioterápico e, por outro lado, veda a utilização de medicamento domiciliar, é claro que esta limitação não abarca a quimioterapia de uso oral, pois, além do contrato ser interpretado em favor do consumidor, a restrição impede que o pacto atinja a finalidade a que se destina.

O contrato de plano de saúde deve obedecer ao princípio da boa-fé objetiva, reconhecido pelo artigo 113 do Código Civil, ao estabelecer que “os negócios jurídicos devem ser interpretados conforme a boa-fé e os usos do lugar de sua celebração”, complementado pelo artigo 421 do mesmo diploma legal, ao determinar que “a liberdade de contratar será exercida em razão e nos limites da função social do contrato”.

Portanto, ao exceder os limites estabelecidos pela lei, as operadoras de plano de saúde desviam a finalidade econômica e social do contrato de assistência médica, rompendo o equilíbrio contratual, além de afrontar os limites éticos das relações de negócios, o que vem sendo abruptamente repellido pelo Poder Judiciário.

Ementa

Plano de Saúde – Quimioterapia – Negativa ao argumento de falta de justificativa clínica para a terapia e se tratarem de medicamentos de aplicação domiciliar – Substâncias que são parte da terapêutica coberta pelo contrato – Impossibilidade de a seguradora questionar a adequação do tratamento recomendado pelo médico que acompanha o autor – Justificativa clínica que reside na própria recomendação pelo profissional de saúde que realizou a prescrição – Jurisprudência do STJ no sentido de que se o quimioterápico é parte de tratamento coberto pelo plano, não se pode excluir o pagamento somente pelo fato de ser ministrado em ambiente domiciliar – Decisão acertada – Litigância de má-fé afastada. Recurso parcialmente aceito.

(Apelação Cível nº 686.074-4/5 – São Paulo – Relator Maia da Cunha – 26.11.09)

3.3 Medicamento Importado

Plano de saúde alega não ter obrigação de fornecer tratamento com medicação importada.

Maria Helena Croce Kapp

Se o medicamento importado se apresenta como o único capaz de curar determinada doença prevista contratualmente, o plano de saúde deve custear integralmente o tratamento com esse medicamento.

Geralmente o medicamento é reconhecido pela área médica, todavia, por questões meramente burocráticas ainda não foi nacionalizado. Mesmo assim, os planos se eximem da cobertura com base em cláusulas contratuais de exclusão.

Esta negativa para o custeio do medicamento importado somente poderia ser aceita se realmente o medicamento não tivesse qualquer base científica, ou fosse realmente experimental, não aprovado pela comunidade nem pela literatura médica, como, por exemplo, os tratamentos à base de florais, cromoterapia ou outros.

No entanto, não é isso que ocorre. Muitas vezes, os medicamentos são negados mesmo quando já estão aprovados pela Anvisa.

A medicina evolui rapidamente com a criação de novas drogas e a cada dia surgem outros tratamentos, no intuito de diminuir o sofrimento dos pacientes e possibilitar maiores chances de sobrevivência. Dessa forma, os planos de saúde devem colocar à disposição dos pacientes todos os meios mais modernos e eficazes de tratamento, sob pena de impedir a preservação da saúde, que é justamente o objeto do contrato de assistência à saúde.

Portanto, uma vez que o tratamento com medicamento importado foi prescrito por médico especialista, a responsabilidade pelos custos é do plano de saúde, independentemente de ele ser importado. Entendimento contrário levaria o consumidor a deixar de experimentar os benefícios trazidos pelo avanço da medicina em prol de sua saúde, o que não se permite sob a alegação de que ainda não consta do rol dos medicamentos registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Anvisa.

Admitir tal alegação nos levaria à conclusão que os demorados trâmites administrativos pelos órgãos governamentais se sobrepõem ao direito à vida, o que é inaceitável.

No acórdão em referência, o medicamento Tysabri, devidamente aprovado pela Anvisa, apenas não está sendo comercializado no país, necessitando de importação, pois não há definição sobre o preço da droga no Brasil.

Neste caso, mesmo diante da aprovação da Anvisa houve negativa de cobertura por parte do plano de saúde. Felizmente, o Tribunal de Justiça de São Paulo não acolheu as alegações do convênio e determinou que todas as despesas com o medicamento Tysabri fossem pagas pelo mesmo.

Ementa

Obrigação de fazer – Fornecimento de medicamento em plano de saúde – Remédio indicado tem aprovação da Anvisa – Apelante deve colocar à disposição do apelado o necessário em busca da cura – Subterfúgio gramatical não pode sobressair – Moléstia da qual padece o recorrido tem ampla cobertura – Relação de consumo caracterizada – Apelo desprovido.

(Apelação Cível nº 994.09.277.720-0 – São Paulo – Relator Natan Zelinski de Arruda – 12.08.10)

4. Hemodiálise

Paciente portador de falência irreversível da função renal, dentre outras doenças, ajuizou ação porque plano de saúde quis obrigá-lo a arcar com as despesas tidas com a hemodiálise, negadas sob o argumento de que o contrato prevê cláusula de exclusão para o tratamento.

Karina Zaia Salmen Silva

A saúde se encontra entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela de proteção jurisdicional, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Ao negar cobertura para determinados tratamentos, a operadora do plano de saúde atenta contra os direitos à saúde e à vida dos segurados.

Quando o consumidor contrata um plano de saúde tem a expectativa de lhe ser prestado o serviço de assistência médica necessário. Assim, todas as cláusulas inseridas em contratos de seguro-saúde que limitam ou retiram do consumidor a possibilidade de sobreviver com dignidade, como a que impede a realização de hemodiálise, será tida por ilícita exatamente porque descumpra a função do contrato.

Ao assinar o contrato de adesão, o consumidor não pode livremente questionar o motivo dos tratamentos excluídos de cobertura, como as sessões de hemodiálise, e diante da impossibilidade de alterar o que está escrito, o contratante assina e confia que o Judiciário possa protegê-lo em caso de litígio.

O Judiciário tende a não admitir como válida a cláusula de plano de saúde que exclui a cobertura para procedimentos necessários para a recuperação do paciente, como no caso de portadores de insuficiência renal crônica que necessitam se submeter às sessões de hemodiálise para tratamento da doença, coberta pelo plano.

Ao negar cobertura para sessões de hemodiálise destinadas ao restabelecimento da função renal do conveniado, o plano de saúde traz um considerável desequilíbrio contratual com risco à própria vida do segurado.

Neste caso, o Judiciário reconhece que a cláusula do contrato de adesão não deve prevalecer, e o faz para extinguir o desequilíbrio contratual criado pela operadora.

Assim, a cláusula do contrato que exclui tratamento indispensável à cura da doença que se obrigou a cobrir é ilegal, visto que contrariamente do que se espera quando da contratação, acaba por negar proteção ao bem da saúde do segurado.

Ementa

Plano de Saúde – Autor portador de HAS – hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial e Parkinson – Limitações constantes no contrato constituem prática abusiva, fundada no abuso do poder econômico, em detrimento da defesa e do respeito ao consumidor – Contrato de adesão submetido aos ditames do Código de Defesa do Consumidor – Cobertura devida – Doutrina e Jurisprudência – Sentença mantida – Recurso não aceito.

(Apelação Cível nº 990.10.236868-8 – São Paul – Relator: Beretta da Silveira – 13.07.10)

5. Tratamento Experimental - Off Label

Negativa de tratamento sob alegação de que o medicamento prescrito pelo médico não é indicado para a doença do paciente, conforme indicação da própria bula.

Estela do Amaral Alcântara Tolezani

As seguradoras e as operadoras de planos de saúde não autorizam o tratamento do paciente com medicamento cuja bula preveja indicação que contraria a prescrição médica.

O medicamento Mabthera é um antineoplásico, indicado para o tratamento dos linfomas não-Hodgkin indolentes de células B, mas é comumente prescrito a portadores de artrite reumatoide, em razão do êxito satisfatório.

Nesse sentido, a própria Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ao se posicionar sobre o uso off label de medicamentos, ressalta que “Quando um medicamento é aprovado para uma determinada indicação isso não implica que esta seja a única possível, e que o medicamento só possa ser usado para ela. Outras indicações podem estar sendo, ou vir a ser estudadas, as quais, submetidas à Anvisa quando terminados os estudos, poderão vir a ser aprovadas e passar a constar da bula”.

A negativa das seguradoras/operadoras é totalmente abusiva, vez que contraria a própria indicação médica. Se o médico não for o profissional indicado para cuidar do paciente, quem será?

Por essa razão os juízes entendem a negativa como abusiva e obrigam o custeio do tratamento. O próprio Superior Tribunal de Justiça já se posicionou sobre o assunto e entende que “o plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura”.

Ementa

Plano de Saúde – autora acometida de artrite reumatoide, doença inflamatória que leva à deformidade e destruição das articulações por erosão do osso e cartilagem – Indicação do medicamento Mabthera (Rituximabe) – Recusa de reembolso ao argumento de que o medicamento é específico para tratamento de câncer, que não é o caso da autora – Necessidade da utilização da droga no tratamento indicado para a autora, ante a gravidade da doença – Contrato de adesão submetido aos ditames do Código de Defesa do Consumidor – Cobertura devida – Código de Defesa do Consumidor – Doutrina e Jurisprudência – Decisão mantida – Recurso improvido.

(Apelação Cível nº 990.10.056139 – São Paulo – Relator Beretta da Silveira – 13.04.10)

6. Cirurgia Bariátrica

Seguradora nega o custeio de despesas com cirurgia bariátrica alegando que embora o hospital indicado pertença à sua rede referenciada, não havia credenciamento para a realização deste tipo de procedimento.

Ana Paula Carvalho

A prestação de serviço médico é uma relação de consumo, e o contratante tem o direito de receber informação adequada e clara acerca do serviço que pretende contratar, consoante disposto no artigo 6º, III do Código de Defesa do Consumidor.

No caso em questão, o autor sofria de obesidade mórbida e a cirurgia bariátrica possuía expressa previsão contratual. Além disso, o Hospital São Luiz constava da relação de credenciados pela seguradora, motivo pelo qual foi indicado para a realização do procedimento.

Entretanto, a seguradora não informou ao consumidor que tal credenciamento se referia apenas a alguns tipos de atendimentos, não estando incluída a cirurgia bariátrica.

Ressalte-se que a obesidade mórbida é uma doença grave que desencadeia ou agrava enfermidades, como diabetes, hipertensão arterial, doenças do coração, dentre outras.

Além disso, a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar –, por meio da Resolução Normativa nº 167, determina aos planos de saúde a obrigatoriedade de cobertura da cirurgia para redução de estômago nos seguintes casos:

Colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida

Cobertura obrigatória em casos de:

1. IMC igual ou maior do que 35 Kg/m² com comorbidade ou IMC igual ou maior do que 40 Kg/m² com ou sem comorbidade.
2. Pacientes que não necessitem de perdas acentuadas (IMC menor do que 50 Kg/m²).
3. Falha do tratamento clínico realizado por, pelo menos, dois anos.
4. Obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos.
5. Sem uso de álcool ou outras drogas nos últimos cinco anos.

Desta forma, oferecer o serviço através de estipulação contratual, mas não disponibilizar o efetivo tratamento ao paciente, caracteriza prática abusiva por parte da seguradora e infração à regra inserta no artigo 39 do Código de Defesa do Consumidor.

Portanto, a negativa de cobertura à realização da cirurgia bariátrica reveste-se de abusividade e arbitrariedade, razão pela qual os Tribunais têm determinado que as seguradoras arquem com os custos desta intervenção cirúrgica.

Ementa

Plano de Saúde – Medial Saúde S.A. – Cerceamento de defesa inocorrente – Preliminar afastada – Condição física do autor que se enquadra na situação de obesidade mórbida – Cirurgia bariátrica indicada – Recusa de cobertura indevida – Despesas hospitalares – Limitações constantes no contrato constituem prática abusiva, fundada no abuso do poder econômico, em detrimento da defesa e do respeito ao consumidor – Contrato de adesão submetido aos ditames do Código de Defesa do Consumidor – Cobertura devida – Doutrina e Jurisprudência – Hospital genericamente incluído na rede credenciada ao plano de saúde, sem qualquer restrição expressa – Custeio da internação a ser suportado pela apelada – Indevida, contudo, indenização por dano moral, ante a ausência de prova de qualquer constrangimento excedente à mera situação de inadimplemento contratual – Recurso parcialmente provido, apenas para determinar o custeio da cirurgia junto ao hospital indicado pelo médico do apelante.

(Apelação Cível nº 990.10.197479-7 – São Paulo – Relator Beretta da Silveira – 29.06.10)

7. Seguro de Vida

Seguro de vida, denominado Seguro Mulher, não prevê cobertura de uma das doenças mais recorrentes no Brasil, que é o câncer de pele, do tipo mais agressivo.

Karina Zaia Salmen Silva

A beneficiária contratou o Seguro Mulher do Unibanco AIG Seguros S/A., com previsão de indenização para o diagnóstico de câncer, exceto de pele. A mesma recebeu o diagnóstico de melanoma maligno, que é o tipo mais agressivo de câncer de pele, e acreditou não ter direito ao tratamento por ter recebido a informação da seguradora de que o plano não cobria o câncer do qual era portadora, por expressa exclusão contratual.

Ocorre que, tempos depois, analisando de forma pormenorizada o contrato de adesão, verificou que a cláusula que excluía o direito à indenização para o câncer de pele ao mesmo tempo tratava como exceção os casos de melanoma maligno. Diante dessa dubiedade de informação, procurou a seguradora e teve a indenização negada com o argumento de que seu direito estava prescrito, uma vez que exercido após um ano da data do diagnóstico da doença. Ao ingressar com a ação, o Tribunal de Justiça entendeu que o direito pleiteado pela segurada era justo, uma vez que não houve a aplicação do dever de informação e transparência exigido da operadora na formalização do contrato e previstas na legislação de consumo.

Como explica Rizatto Nunes: “O dever de informar é princípio fundamental da lei 8.078, e, junto ao princípio da transparência estampado no caput do art. 4º, traz uma nova formatação aos produtos e serviços oferecidos no mercado. Com efeito, na sistemática implantada pelo Código de Defesa do Consumidor, o fornecedor está obrigado a prestar todas as informações acerca do produto e do serviço, suas características, qualidades, riscos, preços etc., de maneira clara e precisa, não se admitindo falha ou omissões. Trata-se de um dever exigido antes do início de qualquer relação. A informação passou a ser componente necessário do produto e do serviço, que não podem ser oferecidos no mercado sem ela. O princípio da transparência, como vimos, está já previsto no caput do art. 4º, e traduz a obrigação de o fornecedor dar ao consumidor a oportunidade de tomar conhecimento do conteúdo do contrato que está sendo apresentado. Assim, da soma dos princípios, composto de dois deveres – o da transparência e o da informação –, fica estabelecida a obrigação de o fornecedor dar cabal informação sobre seus produtos e serviços oferecidos e colocados no mercado, bem como das cláusulas contratuais por ele estipuladas”.

Entendendo dessa forma que o contrato não era claro e preciso quanto às informações especificadas, o Tribunal de Justiça considerou que o prazo para reclamar a indenização, que sempre lhe foi devida, teve início no momento em que recebeu a negativa da seguradora. Assim, a indenização foi concedida integralmente à segurada pelo judiciário.

Ementa

Seguro de vida e acidentes pessoais, com previsão de indenização para o diagnóstico de câncer, denominado Seguro Mulher – Prescrição afastada – Peculiaridade do caso em exame que recomenda a contagem do prazo prescricional de um ano, a partir da data em que a seguradora teve ciência da cobertura contratual – Dever de informação e transparência não observados pela seguradora na formalização do contrato precedentes deste E. Tribunal de Justiça do estado de São Paulo – Julgamento da questão de fundo, nos termos do art.515, § 3º do Código de processo civil – Indenização devida – Previsão na apólice de cobertura para a moléstia que porta a autora – Diagnóstico de melanoma maligno – Comprovado por laudos médicos – Seguradora que ao contestar a ação não nega o diagnóstico, tampouco a cobertura securitária para o evento, de modo que tais fatos se tornaram incontroversos.

(Apelação nº 0015002-35.2008.8.26.0000 – São Paulo – Relator Edgard Rosa – 16.02.11)

8. Falta de Capacidade Técnica da Rede Credenciada

Plano de saúde nega cobertura a procedimento realizado fora da rede credenciada, mesmo esta não possuindo os recursos técnicos indispensáveis ao tratamento do paciente.

Ana Paula Carvalho

Os planos de saúde costumam negar cobertura a tratamentos que não estão disponíveis em sua rede credenciada, mesmo quando existe a cobertura contratual para a doença que demanda esses tratamentos. Essa atitude é contrária ao Código de Defesa do Consumidor, além de impedir que o contrato firmado entre as partes atinja sua finalidade, ou seja, a de garantir uma adequada prestação de serviço de saúde ao consumidor.

Se o contrato prevê a cobertura para determinada enfermidade, o plano de saúde deve fornecer ao seu beneficiário todo o tratamento médico que lhe foi indicado. E, se não possuir em sua rede credenciada recursos ou técnicas que proporcionem ao paciente o adequado tratamento, deve arcar com as respectivas despesas fora de sua rede ou reembolsar o paciente, mesmo quando o tratamento é feito fora da área de abrangência contida no contrato.

Este importante entendimento já se consolidou nos tribunais, tendo, inclusive, o Superior Tribunal de Justiça decidido que o paciente não pode deixar de receber o tratamento com a técnica mais moderna no momento em que a doença, coberta contratualmente, acomete o conveniado.

Assim, para que surja o direito de utilização de procedimentos médico-hospitalares fora da rede credenciada, devem estar presentes a previsão contratual para a respectiva enfermidade, a prescrição médica para a realização do procedimento e a comprovação de que o referido procedimento não está disponível na rede credenciada.

Portanto, atendidas estas condições, o plano de saúde tem obrigação de custear o tratamento, mesmo que em região ou hospital fora da sua área de cobertura.

Ementa

Plano de Saúde – Negativa de cobertura de tratamento específico de radioterapia – Método disponível somente em hospital não credenciado – Irrelevância – Existência de previsão de cobertura de radioterapia em geral no plano contratado – Ausência de equipamentos adequados na rede conveniada – Obrigatoriedade de cobertura do tratamento em questão – Sentença de procedência mantida – Recurso da ré negado. Honorários Advogáticos – Cabimento de sua fixação sobre o valor da condenação, a ser apurado em liquidação – Percentual que merece ser elevado para 20% do valor da condenação – Recurso do autor provido.

(Apelação Cível nº 994.06.034511-8 – São Paulo – Relator Carlos Augusto De Santi Ribeiro – 22.02.11)

9. Reembolso de Honorários Médicos com Base em Tabela de Seguradora

As operadoras e seguradoras de saúde elaboram o cálculo de reembolso com base em uma tabela própria, utilizando-se de moeda própria, o que acarreta um valor irrisório ao consumidor.

Estela do Amaral Alcântara Tolezani

Os cálculos elaborados são genéricos e omissos, o que caracteriza o déficit informativo por parte das operadoras e seguradoras de saúde. O consumidor é obrigado a receber o valor disponibilizado para que não fique sem montante algum.

Os juízes vêm repelindo essa conduta sob entendimento de que o paciente tem o Código de Defesa do Consumidor ao seu lado, que determina que o fornecedor de serviços e produtos deve providenciar a informação adequada acerca do que é oferecido.

Isso porque o dever de informação é princípio primordial nas relações de consumo, assim como o da transparência, que traduz a obrigação de o fornecedor dar ao consumidor conhecimento do conteúdo do contrato que está sendo apresentado.

Portanto, à falta de identificação clara e precisa, deve a prestadora do serviço responder pela obrigação de pagamento integral.

Ementa

Seguro-saúde – Nulidade da sentença, por cerceamento de defesa – Julgamento antecipado da lide terá lugar nas hipóteses em que o juiz prudentemente reconhecer que o thema probandi pode ser equacionado somente por prova documental – Afastamento da preliminar – Reparação de danos – Reembolso de despesas com honorários médicos – Limitação dos valores de acordo com tabela da Seguradora – Inviabilidade – Contrato de adesão submetido aos ditames do Código de Defesa do Consumidor – Ressarcimento integral determinado – Ação improcedente – Recurso provido.

(Apelação Cível nº 990.10.078458-7 – São Paulo – Relator Beretta da Silveira – 13.04.10)

10. Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares

Seguradora nega reembolso de despesas médico-hospitalares decorrentes de atendimento emergencial em hospital não credenciado.

Ana Paula Carvalho

As seguradoras fornecem aos seus consumidores a relação de hospitais credenciados, permitindo, assim, que o contratante se utilize dos serviços médicos por estes prestados quando necessário.

Ocorre que, em casos de emergência e não havendo recursos necessários ao atendimento do contratante na localidade em que reside, é possível a prestação de serviços médicos por hospital não credenciado, à custa da seguradora.

Isto porque a interpretação dos contratos deve ser feita de forma mais amena, concedendo às suas cláusulas um sentido mais favorável ao consumidor, conforme determina o artigo 47 do Código de Defesa do Consumidor.

Aliás, não se pode exigir do segurado, com iminente risco de morte, que se absteinha de realizar procedimento cirúrgico em instituição não pertencente à rede credenciada, em situação em que inexistente hospital credenciado com o aparato médico-hospitalar necessário ao atendimento de emergência, na região em que reside.

Assim, é pacífico o entendimento dos tribunais de que não havendo suporte médico-hospitalar na rede credenciada da seguradora e necessário ao atendimento de emergência a ser prestado ao segurado na localidade onde reside, não pode aquela se recusar a reembolsar a quantia despendida pelo paciente para o respectivo tratamento.

Portanto, em casos de emergência, se justifica o atendimento por médico não credenciado, impondo-se o reembolso integral das respectivas despesas.

Ementa

Plano de Saúde – Negativa de reembolso de despesas médico-hospitalares de não conveniado – Atendimento de emergência – Impossibilidade de utilização dos serviços médicos na localidade onde reside a autora – Ressarcimento total dos valores gastos – Contrato de adesão submetido aos ditames do Código de Defesa do Consumidor – Indevida, entretanto, indenização por dano moral – Ação procedente em parte – Recursos negados.

(Apelação Cível nº 648.758-4/9-00 – São Paulo – Relator Beretta da Silveira – 07.07.09)

II. Remissão

Viúva expulsa do plano de saúde em razão da morte do marido, depois de encerrado o período de remissão.

Rafael Robba

Trata-se de ação movida por uma senhora de 68 anos de idade, que participa do plano comercializado pela Bradesco Saúde, na qualidade de dependente de seu marido desde 1985.

Em 2008, com o falecimento de seu marido, a autora recebeu uma notificação informando que poderia permanecer no plano, durante cinco anos, sem realizar qualquer pagamento, no entanto, após este período denominado remissão, teria de aderir a um novo plano individual, com outras condições e custos.

O problema é que a Bradesco Saúde não comercializa mais planos individuais e, ainda que comercializasse, poderia impor à segurada valores elevados para aceitá-la no plano, além de exigir novos períodos de carência.

Isso gerou na segurada uma enorme insegurança, já que poderia ter seu plano cancelado após o término do período de remissão, caso não aceitasse as condições e custos que lhe seriam impostos pela Bradesco Saúde.

A conduta abusiva pretendida pela Bradesco Saúde foi repudiada pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, que a condenou a manter o vínculo contratual com a viúva nas mesmas condições e custos, excluindo-se a cota do falecido marido.

Cabe ressaltar que a viúva não teve opção de escolher pela remissão ou pela continuidade do vínculo contratual, pagando sua parte do prêmio, já que a seguradora impôs a ela a cláusula de remissão.

Tal cláusula é considerada nula pelo artigo 51, incisos IV, X, XI, XV do Código de Defesa do Consumidor:

“Artigo 51 – São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

(...)

IV – estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;

(...)

X – permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral.

XI – autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor

(...)

XV – estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor”

Além do mais, a cláusula de remissão é uma forma mascarada de a seguradora impor ao consumidor novos preços, condições ou optar por rescindir o contrato de forma unilateral.

Ementa

Plano de Saúde – Contrato celebrado anteriormente à edição da Lei 9.656/98 – Irrelevância por se tratar de obrigação de trato sucessivo – Falecimento do titular – Transferência de titularidade à dependente após o período de remissão – O falecimento do titular do plano de saúde e o decurso do prejuízo de remissão não encerram a relação obrigacional, podendo a beneficiária, por sucessão, optar pela migração para um novo plano, ou neste permanecer, com as mesmas cláusulas e condições vigentes – Sentença mantida – Recurso improvido.

(Apelação Cível nº 994.09.281929-5 – Santo André – Relator Donegá Morandini – 01.06.10)

12. Aplicação da lei 9.656/98 aos Contratos Antigos Não Adaptados

Plano de saúde nega a cobertura de implantação de Stent sob o fundamento de que há exclusão expressa em cláusula no contrato firmado e não adaptado às novas regras da Lei 9.656/98.

Karina Zaia Salmen Silva

A Lei 9.656/98 reza que será obrigatório o fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios quando ligados ao ato cirúrgico, o que quer dizer que se não forem utilizados para finalidade estética, mas demonstrada a inter-relação entre a cirurgia e tais aparelhos, a operadora deverá dar cobertura. Não se discute, então, que tais benefícios podem ser utilizados pelos consumidores que optaram pelo regime da nova lei.

A questão, contudo, é saber se os contratos antigos, que não sofreram adaptação, podem ou não se valer das disposições trazidas pela Lei 9656, conhecida vulgarmente como a lei dos planos de saúde, que veio estabelecer normas específicas para regular a relação contratual entre consumidores e empresas de plano de saúde.

Hoje, os nossos tribunais já esgotaram, praticamente, a matéria e pacificaram entendimento de que a Lei em debate deve ser aplicada nos contratos que sofrem renovação automática.

A maior parte dos contratos estabelece cláusula padrão de vigência do plano de saúde por 12 meses, com renovação automática pelo período sucessivo de mais 12 meses. Se nenhum dos contratantes se manifestarem de maneira contrária após o término do período de vigência, o contrato é renovado por igual período.

Com a renovação automática, surge uma nova relação de obrigações entre as partes contratantes que ao mesmo tempo extingue uma obrigação anterior e a substitui por outra.

Assim, os contratos celebrados em data anterior à validade da Lei 9656 e renovados após o ano de 1998, passam a ser regidos pelas disposições da nova legislação e devem se amoldar ao ordenamento jurídico vigente, que prevê a obrigatoriedade de cobertura, dentre outras, para próteses e órteses essenciais ao ato cirúrgico, na forma do artigo 10, inciso VII.

A cláusula contratual que veda a cobertura para os materiais em questão, não pode ser aceita, já que a simples autorização de procedimento médico, sem a liberação de aparelho necessário, acaba por impedir o resultado esperado ao tratamento e deve ser tida como abusiva, eis que restritiva e limitativa de direito, devendo, inclusive, ser declarada nula a teor do Código de Defesa do Consumidor. (art. 51, IV, IX, CDC)

Entendemos ser plenamente aplicável a Lei 9656, ainda que o contrato tenha sido firmado antes de sua vigência, pois se trata de contrato de renovação automática. Por sua vez, o segurador também estará obrigado a indenizar o conveniado pelos custos do tratamento médico, sendo que a exclusão da cobertura de determinado procedimento ferirá a finalidade do contrato se este for justamente o essencial para garantir a saúde e, algumas vezes, a vida da pessoa.

Ementa

Contrato – Plano de Saúde – Celebração em 1988 - Código de Defesa do Consumidor – Aplicação – Obrigação de trato sucessivo ou de prestação continuada – Jurisprudência do Egrégio Superior Tribunal de Justiça – Aplicação, também, das disposições da Lei nº 9.656/98, por serem de ordem pública e interesse social – Exclusão de cobertura – Impossibilidade – Stent – Prótese – Não caracterização – Indenização por danos morais – Não cabimento – Recusa à cobertura se deu em razão de equivocada interpretação de cláusula contratual – Mero aborrecimento – Irrelevância para o direito – Sucumbência recíproca – Ocorrência – Recursos não providos.

(Apelação Cível nº 658.639-4/4 – São Paulo – Relator Sousa Lima – 11.11.09)

13. Continuidade do Tratamento Mesmo Com o Contrato Coletivo Cancelado

Manutenção do tratamento a portador de câncer após cancelamento do Contrato Coletivo de empresa em processo de recuperação judicial.

Tatiana Harumi Kota

Trata-se de ação pretendendo a prorrogação da prestação de serviços de assistência médica do consumidor e dependentes após rompimento do contrato coletivo firmado entre o executivo e a empresa, que se encontrava em processo de recuperação judicial.

A operadora foi condenada a disponibilizar um plano individual sem carência, em atenção ao art. 30 da Lei 9656/99 e resolução do Consu – Conselho de Saúde Suplementar –, de forma que o tratamento do câncer, que acometia o consumidor, não fosse interrompido.

Isso porque, cancelado o plano de saúde coletivo por parte da empregadora, cabe ao plano de saúde a preservação do contrato para custeio integral, sem a exigência de novo período de carência.

Nesse sentido, a resolução 19 do Consu, em seu artigo 1º, determina: “As operadoras de planos ou de seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência”.

Ementa

Plano de Saúde – Ação cominatória – Sentença. Nulidade – Compatibilidade entre o pedido e o dispositivo – Afastamento do vício alegado – Cancelamento do plano de saúde coletivo pelo estipulante (empregadora do recorrido) – Manutenção da avença, agora com o custeio integral por parte do autor, sem exigência de novo período de carência – Aplicação do artigo 1º da Resolução n. 19 do Consu – Procedência da demanda mantida – Apelo negado.

(Apelação Cível n. 571.464.4. /11-00 – São Paulo – Relator Donegá Morandini – 16.12.08)

14. Rescisão Unilateral dos Contratos Coletivos de Planos de Saúde

Tribunal de São Paulo entende abusiva rescisão unilateral de contrato coletivo que se deu de maneira imotivada.

Juliana Nordi

Quando uma empresa firma contrato com uma operadora de saúde constitui-se os chamados contratos coletivos, pelos quais os empregados passam a auferir a prestação de serviços e cobertura de custos de assistência à saúde, que se revertem em favor deles, mediante contribuição mensal.

Têm sido muito comum nos tribunais brasileiros casos em que as operadoras de saúde valem-se de cláusulas expressas na apólice do plano de saúde contratado para rescindi-lo unilateralmente em absoluto prejuízo aos empregados beneficiários, que acabam por ser surpreendidos com a rescisão de seu plano, muitas vezes sem qualquer justificativa.

Os tribunais brasileiros têm entendido que a conduta das operadoras é abusiva e tem afastado as cláusulas que vislumbram a rescisão unilateral do contrato, sem pretensão motivada ou justificada, declarando-as absolutamente nulas.

Muito embora a Lei 9.656/98 não tenha vedado expressamente a rescisão unilateral dos contratos coletivos, diferente do que prevê para os contratos individuais, a extinção do vínculo contratual enseja manifesta afronta ao princípio da boa-fé contratual, impedindo assim que se atinja a função social do contrato de saúde: proteção à saúde e à vida.

Há o dever de boa-fé de cooperar para a manutenção do vínculo e para a realização das expectativas legítimas dos consumidores.

No caso em comento, seguindo, felizmente, o entendimento majoritário dos tribunais brasileiros, a decisão proferida determinou a manutenção do contrato em benefício dos autores da ação, pelo que pode o titular do plano dar continuidade ao seu tratamento em combate às enfermidade que lhe acometem.

O beneficiário mantém-se no plano de saúde sob as mesmas condições anteriormente contratadas, assumindo os custos integralmente da mensalidade, sem qualquer prejuízo.

No caso da citada ementa, a decisão do tribunal reforçou a patente responsabilidade da operadora de saúde de manter em vigência o plano coletivo empresarial, garantindo a vida e direito à saúde não somente dos autores da demanda em comento, mas daqueles que do plano de saúde dependem, como forma de fazer valer as disposições do Código de Defesa do Consumidor e da lei infraconstitucional 9.656/98.

Ementa

Plano de Saúde – Contrato coletivo por adesão – Ação cominatória para obrigar a ré a manter o contrato firmado com os autores – Operadora que notificara os autores do interesse na rescisão imotivada do contrato, com fundamento em cláusula contratual – Incidência da lei nº 9.656/98, artigos 421 e 422 do Código Civil e Código de Defesa do Consumidor – Contrato sucessivo prorrogado por prazo indeterminado – limitação à liberdade contratual, preservação da função social do contrato e respeito aos princípios da boa-fé e da proibição impõem a continuidade da relação contratual a despeito de cláusula contratual expressa – direito constitucional à saúde – Artigo 197 da Constituição – Abuso do direito de resilição – Abusividade e conseqüente nulidade da cláusula contratual – Contrato que vigora há quase cinco anos e beneficiário que sempre cumpriu com suas obrigações contratuais – Justa expectativa de prosseguimento – Eventual rescisão deve ser motivada e amparada em dados objetivos, além de precedida de comunicação aos consumidores, com prazo razoável de antecedência – Sentença mantida – Dano imaterial configurado – Tentativa de rescisão em face de segurado submetido a tratamento médico – Ofensa à honra e dignidade configuradas – Quebra da segurança e confiança depositadas no plano contratado – Perspectiva de desamparo que gerou injusta preocupação e angústia – Negado provimento ao recurso da ré e dado parcial provimento ao recurso do autor.

(Apelação nº 0229338-89.2010.8.26.0000 – São Paulo – Relator João Carlos Garcia – 14.12.10)

15. Reajustes Abusivos

15.1 Proibição de Reajuste por Faixa Etária a Idoso

Reajuste por mudança de faixa etária aplicado na mensalidade do segurado, após os 60 anos, proibido pelo Estatuto do Idoso.

Rafael Robba

Uma questão com que reiteradamente o Judiciário vem se deparando é o aumento da mensalidade na alteração da faixa etária dos beneficiários, especialmente daqueles que ultrapassam os 60 anos. Acontece que as empresas de plano e seguro-saúde não estão respeitando as diretrizes impostas pela Lei 10.741/2003, mais conhecida como Estatuto do Idoso, que em seu artigo 15, § 3º, estabelece: “É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”.

Sabemos que com o avanço da idade torna-se mais incisivo o risco de adquirir doenças, ou os males congênitos se manifestam com mais incidência naqueles que já ultrapassaram os 60 anos. Portanto, é extremamente natural que o idoso utilize os serviços de seu plano com maior frequência.

Neste caso, as seguradoras, inadmissivelmente, oneram ainda mais seus clientes idosos, que contribuíram durante toda vida para seus planos e, no momento mais delicado, são preteridos pelas motivações econômicas.

A elevação desproporcional do prêmio do consumidor com idade avançada tem o intuito de obrigá-lo a se descredenciar de seu seguro-saúde. Quando isso ocorre, a condição de idoso torna-se obstáculo para que seja aceito por outra empresa e, mesmo quando consegue, tem de cumprir um novo período de carência, que, em vista das necessidades que passa, parece ser eterno.

Felizmente, há disposições legais para demover essa atitude perniciosa, como, por exemplo, a Resolução Normativa nº 63/2003, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

As próprias diretrizes que regem o consumo versam sobre a questão, repudiando reajustes abusivos. Também o Código de Defesa do Consumidor, no artigo 51, reconhece como nulas as cláusulas que colocam o consumidor em desvantagem abusiva ou que imponham restrições que descaracterizam o objeto contratual e, ainda, que “permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;...”.

Nas relações de consumo, o idoso é duplamente vulnerável, primeiramente, pelo arrefecimento de suas capacidades físicas e intelectuais, o que torna impraticável seu adequado discernimento para julgar a atividade dos fornecedores. Assim, seu estado carece de um maior cuidado, especialmente com relação aos serviços de saúde, dos quais é extremamente dependente, de tal modo que a omissão do fornecedor em atender um consumidor com idade avançada acarreta um dano muito maior ao esperado do que se, em seu lugar, estivesse um consumidor comum. Isso torna imprescindível uma especial prestação de serviços ao idoso e percebemos mais nitidamente a gravidade do comportamento pernicioso das seguradoras, cobrando um prêmio descabido de seus consumidores com idade avançada.

É oportuno destacar o que prega a nossa Carta Magna, em cujo artigo 230 estão asseverados nossos deveres para com os idosos: “Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

Portanto, quem é segurado de plano de saúde deve estar atento para as variações de prêmio por faixa etária, pois, muitas vezes, estão viciadas, promovendo o rançoso desequilíbrio contratual, que, não menos raro, conseguem onerar o idoso a ponto de solicitar o seu descredenciamento da seguradora. Contudo, isso não precisa acontecer, porque a lei e a jurisprudência caminham de braços dados com as pessoas idosas para garantir-lhes a mais apropriada Justiça.

Ementa

Plano de Saúde – Reajuste por faixa etária, a partir de setenta e um anos de idade – Descabimento – Incidência do Estatuto do Idoso, especialmente do § 3º, do artigo 15, o qual veda a cobrança de valores diferenciados em razão da idade – Afastamento, contudo, da imposição de devolução em dobro do indébito, diante da ausência de má-fé, para condená-la apenas à devolução na forma simples – Recurso não aceito.

(Apelação Cível nº 647.409.4/0-00 – São Paulo – Relator Sebastião Carlos Garcia – 27.08.09)

15.2 Reajuste Abusivo de Mensalidade aos 56 anos

Plano de saúde impôs reajuste de 76%, por ter o conveniado completado 56 anos de idade.

Armênio Clóvis Jouvin Neto

As operadoras de planos de saúde, principalmente em relação aos contratos celebrados anteriormente à edição da Lei 9.656/98 e ao Estatuto do Idoso, rotineiramente impõem reajustes abusivos e dissonantes da realidade financeira do país.

Dessa forma, não são poucos os casos relatados na jurisprudência de todos os tribunais brasileiros, bem como na mídia, em que os fornecedores de planos de saúde impõem reajustes ilegais, com base no implemento da idade de 60 anos do consumidor, aumentos esses contrários, por exemplo, ao Estatuto do Idoso.

Todavia, os abusos não ocorrem só quando há o impedimento legal do reajuste, como o disposto na Lei 10.741/03, mas também quando da imposição de aumentos excessivos nas mensalidades sem qualquer fundamento plausível.

Não se está aqui defendendo que todos os reajustes aplicados pelas prestadoras de planos de saúde são ilegais. Os acréscimos que possuem como fundamento a faixa etária encontram-se alicerçados na previsão legal do art. 15 da Lei 9.656/98 (lei dos planos de saúde). Tal possibilidade de elevação das mensalidades considera o fato de que à medida que a pessoa envelhece haverá, também, o aumento da utilização dos serviços postos à disposição do consumidor, ou seja, considera o grau de sinistralidade do contrato.

Este mecanismo é mais rentável para as empresas, uma vez que o número de consumidores que buscam auxílio do poder judiciário é muito menor do que aqueles que aceitam os reajustes abusivos e escorchantes impostos pelas operadoras. Contudo, o Judiciário não está alheio à sede de lucro que move essas empresas.

Os nossos juízes de primeiro grau e tribunais vêm acolhendo o pleito dos consumidores que buscam auxílio na Justiça, coibindo condutas contrárias ao ordenamento e aos princípios básicos do direito.

O tribunal paulista foi fiel aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, buscando, dessa forma, um equilíbrio na relação jurídica existente entre as partes envolvidas no litígio e adotou o índice de 30%, no lugar daquele pretendido pelo plano de saúde (76%), tendo em vista que o primeiro é plenamente capaz de corrigir a remuneração do serviço prestado pelo fornecedor, cobrindo os seus gastos, corrigindo a defasagem do capital aplicado na atividade e proporcionando lucro.

Neste caso, é perceptível a preocupação com que o poder judiciário vem encarando as relações de consumo, protegendo o consumidor dos abusos perpetrados pelos fornecedores de produtos e serviços, buscando equilibrar as desigualdades existentes entre os seus participantes.

Ementa

Cominatória – Assistência médico-hospitalar – Reajustes decorrentes de faixa etária. Admissibilidade – Princípio da razoabilidade deve ser observado – Aplicação de 30% de reajuste ao segurado que atinge 56 anos de idade se apresenta adequada – Outros índices envolvem a sinistralidade ou o fator indicado pela ANS – Repetição de indébito prescrita – Incidência do artigo 206, § 1º, inciso II, alínea 'b' do Código Civil – Caso em exame não se enquadra no artigo 27 do Código de Defesa do Consumidor – Sucumbência levou em consideração o desfecho da demanda – Apelos providos em parte.

(Apelação Cível n.º 990.10.021.192-7 – São Paulo – Relator Natan Zelinschi De Arruda – 23.07.10)

15.3 Devolução dos Valores Pagos a Maior

Nulidade de reajuste da mensalidade do plano de saúde em razão da mudança de faixa etária e pedido de devolução em dobro do valor indevidamente pago.

Marcos Paulo Falcone Patullo

Segundo dados apresentados pelo Conselho Nacional de Justiça em novembro de 2010, as demandas envolvendo o direito à saúde somam mais de 112 mil. Uma das mais recorrentes diz respeito ao reajuste da mensalidade do plano de saúde em razão do ingresso na faixa etária dos 60 anos.

Isso porque a quase totalidade dos contratos de adesão de prestação de serviços de assistência médica negociados no território nacional contém cláusula que prevê o aumento do prêmio por variação de faixa etária, em porcentuais que muitas vezes beiram os 100%. É o que ocorre no presente caso, no qual o segurado foi surpreendido com o exorbitante aumento de 53,40% quando completou 66 anos de idade.

Nesse contexto, a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo pacificou entendimento no sentido de que o reajuste mencionado é nulo de pleno direito, seja por ofensa à Lei n.º 9.656/98 e ao Código de Defesa do Consumidor, seja por contrariar o art. 15, §3º, do Estatuto do Idoso, segundo o qual “é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”.

O julgado em análise, no entanto, é interessante em virtude de duas peculiaridades. Em primeiro lugar, o Tribunal de Justiça paulista reconheceu que, embora o contrato de plano de saúde tenha sido firmado anteriormente à entrada em vigor do Código de Defesa do Consumidor, da Lei n.º 9.656/98 e do Estatuto do Idoso, a relação contratual se submete a estes estatutos legais, por ser a mesma de prestação continuada e renovação contínua. De qualquer forma, o Código de Defesa do Consumidor e o Estatuto do Idoso são normas vigentes e de ordem pública, o que encerra qualquer discussão acerca da incidência para o caso em questão.

Em segundo lugar, apesar do reconhecimento da abusividade do reajuste por faixa etária, o Tribunal não fez incidir a penalidade contida no art. 42, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor, o qual determina que “o consumidor cobrado em quantia indevida tem direito à repetição do indébito, por valor igual ao dobro do que pagou em excesso, acrescido de correção monetária e juros legais, salvo hipótese de engano justificável”.

A justificativa para a inaplicabilidade do parágrafo único do art. 42, do Código do Consumidor, foi a de que a cobrança do reajuste, embora ilegal, estava amparada em cláusula contratual, o que descaracteriza a má-fé da seguradora. Trata-se, no entanto, de posicionamento que demonstra o conservadorismo do Tribunal de Justiça de São Paulo na aplicação da legislação relacionada ao consumo, uma vez que o mencionado dispositivo legal não exige a má-fé para a condenação na devolução em dobro. Embora tivesse respaldo legal, a cobrança do reajuste por faixa etária já foi amplamente reconhecida como abusiva pela jurisprudência dos diversos tribunais estaduais da Federação, inclusive o paulista, o que torna injustificável a insistência em sua cobrança por parte das seguradoras.

Assim, a penalidade do art. 42, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor, que poderia servir como instrumento para coibir as operadoras de saúde na cobrança dos reajustes indevidos, não tem encontrado amparo nos precedentes do Tribunal de Justiça de São Paulo.

Ementa

Contrato Plano de Saúde – Pedido de declaração de nulidade da cláusula que prevê a possibilidade de aumento das mensalidades em razão da mudança de faixa a partir dos 60 anos de idade, bem como devolução do que foi pago indevidamente – Contrato firmado antes da vigência do Código do Consumidor e das Leis 9.656/98 e 10.741/03 – Entretanto, tais leis aplicam-se à espécie, por se tratar de relação continuada, tendo os fatos narrados ocorridos na sua vigência – Vedação da variação das contraprestações para os consumidores com mais de 60 anos de idade – Aplicação ao caso concreto, pois pendia evento futuro e incerto, de modo a não tornar adquirido o direito ao reajuste – Abusividade e nulidade dos reajustes por variação de faixa etária a partir dos 60 anos do apelado e sua dependente, devendo ser afastados, mediante apuração em liquidação de sentença – Determinação de devolução do valor excedente pago, com correção monetária e juros legais a contar de cada desembolso – Devolução de forma simples, não em dobro, por inaplicabilidade do parágrafo único do art. 42 do Código do Consumidor – Recurso provido em parte.

(Apelação nº 994.09.272277-1 – São Paulo – Desembargador Relator Paulo Eduardo Razuk – 10.08.10).

15.4 Reajuste por Sinistralidade em Contrato Coletivo

Paciente com câncer utiliza o plano de saúde e sofre um reajuste por sinistralidade de 120%.

Gabriela Cardoso Guerra Ferreira

As questões dos reajustes financeiros e da sinistralidade do prêmio em contratos coletivos não são novas nos tribunais brasileiros, sendo certo que a maioria das decisões é no sentido de que esses tipos de reajustes são ilegais e ferem diversos artigos e princípios do CPDC – Código de Proteção e Defesa do Consumidor –, como por exemplo:

– não preveem de maneira expressa, exata e com detalhes os percentuais a serem aplicados, não tornando possível ao consumidor a verificação da correção do reajuste, situação que viola o art. 54; §4º do CPDC;

– elevam a prestação para fora da realidade, causando instabilidade no contrato, colocando o consumidor em desvantagem exagerada e em situação de grave risco à saúde;

– por serem unilaterais, permitem que prevaleça o interesse da seguradora por meio de cálculos e custos desconhecidos, o que fere o princípio da transparência na execução dos contratos.

Desta forma, os tribunais têm considerado abusivo o reajuste do valor da mensalidade de plano de saúde que injustificadamente apresenta percentual muito superior àquele indicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que é apurado com base na variação dos custos médico-hospitalares, mesmo em se tratando de contrato firmado antes da entrada em vigor da Lei n. 9.656/98.

A Lei 9.961/00 atribuiu à ANS a responsabilidade de controlar os aumentos de mensalidade dos planos de saúde, todavia, os planos coletivos ficaram de fora dessa regulamentação.

Portanto, para garantir a boa-fé dos contratos, os tribunais entendem que os reajustes das mensalidades de planos de saúde coletivos devem estar previstos em contrato de forma clara e, quando não estão ou são obscuros, devem ser utilizados os índices de reajustes autorizados pela ANS para os planos individuais.

Mais uma vez tomamos ciência de que a jurisprudência ampara o consumidor, parte vulnerável na relação contratual, no que tange à interpretação de seus direitos e obrigações e assevera que é dever do fornecedor tornar disponíveis as informações claras sobre o produto ou serviço que oferece no mercado.

Ementa

Plano de Saúde – Reajuste no percentual de 120% em função da sinistralidade – Abusividade reconhecida, permitida somente a utilização do índice autorizado pela ANS que, para o período, foi de 5,76%, independentemente do contrato celebrado entre as partes ser coletivo, determinada a devolução dos valores pagos a maior, de forma simples, corrigidos – Provimento, em parte.

(Apelação nº 630.886-4/6 – São Paulo – Relator Enio Santarelli Zuliani – 15.10.09)

VilhenaSilva[®]

A D V O G A D O S

Escritório especializado em Direito à Saúde

Site: www.vilhenasilva.com.br

E-mail: vilhenasilva@vilhenasilva.com.br

São Paulo

Rua Barata Ribeiro, 190 – 6º Andar

Bela Vista – São Paulo – SP - CEP 01308-000

Tel: (11) 3256-1283

Rio de Janeiro

Praia de Botafogo, 501 - Torre Pão de Açúcar - 1º andar

Rio de Janeiro – RJ - CEP 22250-040

Tel. (21) 2586-6215

Campinas

Rua Barão de Jaguará, 655 - Conj. 904 – Centro

Campinas – SP - CEP 13015-001

Tel. (19) 3239-2209



em defesa do
DIREITO
A SAÚDE

Coletânea de Jurisprudências
Volume II

Direito à Saúde

Questões atuais no Tribunal de Justiça

Num tempo contraditório em que a vida humana parece não ter valor e, simultaneamente, crescem a demanda tecnológica e os custos para a preservação da saúde e da vida, nos deparamos com inúmeros conflitos: dignidade no atendimento e direito à saúde, negociações não muito claras entre consumidores, operadoras de saúde e instituições hospitalares e, ainda, necessidades no momento da dor e da doença. Como equilibrar tantas forças distintas?

Esta Coletânea pretende orientar os cidadãos a encontrar a justa medida nas relações de prestação de serviços à saúde, respeitando os princípios éticos e da justiça que todos merecem.

Renata Vilhena Silva



em defesa do
**DIREITO
À SAÚDE**