Bradesco Seguros deve pagar internação pré-operatória

A Bradesco Seguros foi condenada a pagar a internação pré-operatória de uma paciente. A determinação é do juiz **José Luiz Germano**, da 8ª Vara Cível Central de São Paulo, porque a empresa se negava a pagar a internação da véspera da cirurgia para a retirada de mama tomada por câncer.

Germano considerou que a paciente tem o direito de se internar na noite anterior para ficar menos estressada com a cirurgia. No caso, ela foi internada 12 horas antes da operação. “As mulheres são muito sensíveis, em termos gerais, e todos sabemos que é melhor para o êxito de uma cirurgia que o paciente esteja nas melhores condições possíveis do ponto de vista físico e mesmo psíquico”.

Na sentença, o juiz considerou ainda a possibilidade do aumento do prêmio do seguro saúde de acordo com a idade da pessoa beneficiada. Também decidiu que o prazo para de prescrição para qualquer reclamação de seguro saúde é de apenas um ano e que o contrato pode prever a exclusão de exames e consultas para o diagnóstico da doença.

Veja a íntegra da decisão.

Os nomes dos autores são fictícios por respeito à privacidade.

Oitava Vara Cível Central Da Capital – SP

Processo 000.00.595.844-0.

Vistos.

José da Silva e Maria da Silva propuseram a presente ação de rito ordinário em face de **Bradesco Seguros S.A.**, alegando que, em junho de 1984, contrataram com a ré seguro individual para a cobertura de despesas com assistência médica e hospitalar, mediante reembolso ou pagamento direto; que recentemente a autora precisou fazer uma cirurgia de mastologia (retirada de mama atacada por câncer), tendo sido internada no dia 25 de abril no hospital Sírio Libanês, de onde teve alta 4 dias depois, mas 2 desses dias de internação a ré se recusou a pagar, assim como uma série de despesas detalhadas a fls. 08 e 09, de modo que pretendem ser indenizados pela quantia de R$ 32.362,11.

Alegaram ainda que houve um abusivo aumento da mensalidade por causa de sua faixa etária ou do aumento dos custos hospitalares e por isso querem de volta o que consideram ter pago a mais; querem rescindir o contrato por inadimplência da ré e também uma indenização para que possam contratar um outro plano de saúde.

A ré foi citada pessoalmente e apresentou contestação a fls. 149, alegando que a internação se deu por 4 dias, mas apenas 2 eram necessários e por isso houve a glosa; que não tem nenhuma resistência em pagar o que foi gasto na cirurgia e na radioterapia, num total de R$ 16.872,09, mas entende indevidos os pleitos relativos aos exames de investigação diagnóstica e das consultas; que há falta de interesse de agir em relação aos valores que concorda pagar, por falta de necessidade do processo; que o contrato entre as

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

partes exclui a cobertura de exames e consultas para diagnóstico, mesmo que realizados sob o regime de internação hospitalar *(1)*; que a limitação na cobertura é algo perfeitamente lícito nos contratos de seguro porque se reflete no valor dos prêmios, que também são menores; que não foi glosado o dia da cirurgia e nem o seguinte, mas sim os dois dias que a antecederam, que são conhecidos como pré operatório, o que tem base na cláusula 12a; que não houve qualquer justificativa para que a autora ficasse internada por mais 2 dias; que o contrato foi firmado antes de 1998, quando entrou em vigor nova lei a respeito de seguros de saúde, a qual não pode retroagir para prejudicar atos jurídicos perfeitos; que a nova legislação só se aplica às pessoas que aderiram às suas novas condições*(2)*; que os autores se baseiam numa lei de 1998 para reclamar contra aumentos ocorridos em 1995 e 1996, o que não tem sentido; que já ocorreu a prescrição a respeito das cobranças de prêmios vencidos há mais de um ano; que durante todo esse tempo os autores jamais reclamaram dos aumentos; que não há ilicitude alguma em se cobrar mais caro o seguro de pessoas que oferecem mais riscos de sinistro.

A réplica está a fls. 167, as partes foram intimadas a especificar provas, foi marcada uma audiência de tentativa de conciliação, mas não houve acordo, diante do que foi o processo saneado com a nomeação de um perito médico, cujo laudo está a partir de fls. 216, sobre o qual as partes tiveram oportunidade de se manifestar, tanto que o assistente técnico da ré fez críticas a fls. 232, que foram respondidas a fls. 244.

Não houve produção de prova oral.

É o relatório.

Decido

A decisão saneadora foi omissa a respeito de dois pontos, que passo a abordar agora.

Não há carência da ação pelo fato de a ré não resistir ao pagamento de algumas verbas.

De fato, o processo não é necessário quando o que se quer por meio dele é possível de ser conseguido por outros meios que não o judicial.

Da leitura da petição inicial não se vê o relato de nada que possa ser conseguido sem ser por meio de um processo. Se houve pedido, se houve resistência ao pedido (lide), isso é outra coisa. Em tese, somente se a ré provasse que jamais foi feita qualquer postulação administrativa, é que poderia ser reconhecida a tal carência, mas não há provas nesse sentido.

As regras da experiência comum também servem para serem usadas como meios de prova e o que normalmente acontece é que alguém só procura a justiça quando sua pretensão não é atendida pela própria parte. Não se pode presumir que os autores não tenham pedido para a ré nenhuma das verbas que pleiteiam; ao contrário. Litigar é algo enfadonho por si só, ainda mais contra conglomerados financeiros, que são muito bem defendidos e dão nos consumidores uma “canseira” judicial fora do comum.

O fato de a ré admitir que deve algumas das verbas pedidas, que inclusive diz que já teria pago, se tivesse sido feito o pedido administrativo, nada mais é do que um parcial reconhecimento jurídico do

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

pedido, algo previsto no art. 269, II, do Código de Processo Civil*(3)*.

Ora, o art. 269 trata dos casos em que o processo é extinto com julgamento do mérito e, se o mérito é apreciado, é porque estão presentes todos os pressupostos processuais e as condições da ação, de modo que não pode se falar em carência ou extinção sem julgamento do fundo do direito.

Na verdade, a ré, com inteligência e astúcia, sabendo que não adianta negar a procedência do que evidentemente procede, procurou uma saída honrosa com a criativa tese da carência, para escapar das verbas da sucumbência*(4)*, conforme prevê o art. 26 do Código de Processo Civil.

É uma afronta à inteligência de qualquer pessoa dizer que alguém tinha dinheiro "na boca do caixa" ao seu dispor e preferiu discutir isso em juízo. Infelizmente, *é melhor um mau acordo do que uma boa demanda*, ainda mais contra uma empresa do porte da ré.

Aliás, se realmente a ré concorda em pagar certos valores, seria de muito bom tom que desde logo fizesse nestes autos o depósito dessa quantia incontroversa, numa demonstração de boa-fé, já que esta demanda deve ser interpretada como um inequívoco pedido de pagamento, que por sinal foi feito há mais de um ano.

Parece capricho ou birra da ré dizer: *Eu jamais me neguei a pagar certos valores. É só extinguir o processo, fazer o pedido administrativo que eu pago*. Quem pede em juízo quer receber com a mesma (ou maior) intensidade de alguém que pleiteia administrativamente. Se o devedor concorda em pagar, não há porque não fazer isso desde logo. Os autores querem dinheiro e não palavras, ainda que bonitas e generosas.

Rejeito, pois, a preliminar de carência da ação.

Acolho a alegação de prescrição.

De fato, não cabe aqui discutir critérios de reajustes feitos muito antes da cirurgia em questão, pois eles ocorreram em 1995 e 1996, quando não tinha entrado em vigor a nova "lei dos planos de saúde", de modo que esta não é aplicável ao presente caso, em razão do princípio constitucional da irretroatividade da lei em prejuízo do ato jurídico perfeito*(5)*.

A lei de 1998 é inaplicável ao presente caso porque o contrato é anterior e não há nos autos qualquer notícia de que os autores tenham feito a opção de passar para o novo regime jurídico dessa nova legislação, como permite o art. 35 da lei 9.656/98.

Além disso, a prescrição para a reclamação de qualquer direito relativo a um contrato de seguro, seja sobre o prêmio ou sobre o valor segurado, ocorre em um ano*(6)*, prazo este que já foi ultrapassado. Parece que em razão da recusa do reembolso, os autores resolveram demonstrar agora toda a sua insatisfação com a ré. Porém, no que diz respeito às prestações pagas, há uma flagrante intempestividade.

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

O aumento de acordo com a idade é perfeitamente, desde que o consumidor saiba em quais épocas esse reajuste maior acontecerá e qual será a sua proporção. Já decidi a respeito e transcrevo abaixo parte da decisão, apenas por amor ao debate, para aqueles que tiverem a curiosidade de lê-la*(7)*.

No que diz respeito às coberturas, entendo que são válidas as restrições contratadas, para o fim de reconhecer a licitude da exclusão de exames e consultas com fins diagnósticos.

De fato, os autores não têm uma cobertura global, mas parcial, de modo que dela estão excluídos os exames e as consultas acima mencionadas, de acordo com a cláusula 8ª, que está transcrita a fls. 153, que diz:

Estão excluídos da cobertura neste contrato: consultas médicas ou exames complementares de qualquer natureza para investigação diagnóstica, check-up, mesmo sob o regime de internamento hospitalar.

Em suma, os autores contrataram um seguro hospitalar, que cobre cirurgias, internações, exames e honorários médicos, mas para o tratamento de uma doença ou acidente no ambiente hospitalar.

Isso significa que quando o mal tiver sido diagnosticado, a ré cobre os custos para a sua solução, em um hospital. Porém, os custos existentes para o diagnóstico (a descoberta) da doença, em especial fora do ambiente hospitalar, seja com consulta ou exames, não são cobertos.

Na verdade, pelo contrato de seguro celebrado entre as partes não é coberto nenhum custo de diagnóstico, mesmo em ambiente hospitalar. É uma defesa da seguradora para evitar que os médicos “criem” a necessidade da internação para no hospital fazer não um tratamento clínico ou cirúrgico, mas sim para fazer um simples diagnóstico.

Aliás, a necessidade de internação é o último ponto que falta ser decidido neste processo. Na verdade, o tempo de internação está em discussão. Os autores querem que a ré cubra os gastos com os 4 dias de internação e a ré quer pagar apenas 2. Quem tem razão? A medicina não é uma ciência exata, o que significa que tabelas e estatísticas não se aplicam a ela de uma forma absoluta. Em outras palavras, cada caso é um caso e cada pessoa pode ter uma diferente evolução.

Uma discussão que se travou neste processo diz respeito à necessidade de internação da paciente na véspera da cirurgia. Os autores dizem que isso é necessário e a ré nega essa necessidade. Neste ponto, a razão está com os autores.

Se perguntarmos para as pessoas na rua: *é uma antecedência exagerada ser internado na véspera quem vai ser operado só no dia seguinte*? Com certeza teremos muitas respostas positivas, jamais a unanimidade, pois para muitos pode parecer desnecessário alguém se internar num dia para ser operado somente no dia seguinte.

Porém, dias e horas são convenções, assim como as fronteiras entre os países. Posso andar apenas alguns

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

metros e mudar de país ou mesmo deixar passar apenas alguns minutos e mudar de dia. No caso presente, a cirurgia ocorreu no dia 26 de abril de 2000, mas a internação se deu no dia 25. Porém, é preciso levar-se em conta o horário da cirurgia e o horário da internação.

Com efeito, a cirurgia ocorreu às 8 horas e a internação ocorreu às 19 horas e 41 minutos do dia anterior, o que dá uma antecedência de 12 horas e 19 minutos. Se me permitem o arredondamento, a paciente chegou ao hospital 12 horas antes. Ora, 12 horas podem ser consideradas meio dia e não um dia inteiro. É a mesma coisa, mas já soa bem diferente. Se perguntarmos para as mesmas pessoas do exemplo anterior: *há exagero em uma pessoa chegar num hospital 12 horas antes de uma cirurgia?* Com certeza o número de respostas positivas será bem menor que na outra pesquisa.

Se então mudarmos a nossa "pesquisa" e perguntarmos: *se alguém vai ser operado no dia seguinte de manhã cedo, é exagero essa pessoa ser internada na noite anterior?* Com certeza, será menor ainda o número de pessoas que responderá de forma positiva, já que todos sabemos que o que normalmente se faz da meia-noite às 6 horas é dormir, uma das mais básicas necessidades fisiológicas.

Se de 12 horas de antecedência deduzirmos apenas 6 horas de sono, teremos um "excesso" de apenas 6 horas, o que dá 1/4 de dia. Será exagerado alguém ser internado 6 horas antes de uma cirurgia? Quem lê esta sentença sabe a resposta.

Pois bem, finalmente, se pegarmos o mesmo público e perguntarmos se: é um exagero uma mulher que vai ter uma de suas mamas retiradas (sofrerá uma mastectomia radical) porque está com câncer, num dia às 8 horas da manhã ser internada na véspera à noite, para dormir minimamente mais tranqüila no hospital e estressar-se menos? Dificilmente alguém vai responder que sim, mesmo entre o público masculino.

Ora, eu não nego que era possível a autora ser internada apenas no dia da cirurgia. Porém, uma coisa é ser possível e outra coisa é ser certo, ser recomendável. É claro que um ato cirúrgico, qualquer que seja ela, sempre envolve riscos, até mesmo risco de vida. Não há quem não tenha algum medo de ser operado, ainda mais uma mulher que vai perder uma de suas mamas, parte do que mostra que ela é uma mulher, ainda mais por causa de um câncer, doença muitas vezes associada ao medo da morte. Qual o estado psicológico de uma pessoa assim?

As mulheres são muito sensíveis, em termos gerais, e todos sabemos que é melhor para o êxito de uma cirurgia que o paciente esteja nas melhores condições possíveis do ponto de vista físico e mesmo psíquico. Não é por outra razão que o anestesista normalmente vem antes conversar com o paciente, tranqüiliza-o, aplica-lhe um pré- anestésico e só depois ocorre a anestesia propriamente dita, para então ser feita a cirurgia.

Além disso, até mesmo alguns exames exigem certo preparo como alimentação especial, jejum, etc. A cirurgia não é diferente e em muitos casos é preciso fazer a raspagem de cabelos ou de pelos*(8)*, etc.

É verdade que o prontuário indica que o primeiro tratamento foi feito somente no início da manhã, mas

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

nem por isso o pernoite no hospital tenha perdido sua razão de ser. Sobre isso o perito disse a fls. 217: *o período de internação pode ser considerado adequado visto que na véspera da intervenção cirúrgica faz-se necessária avaliação pré anestésica, sedação da paciente a fim de reduzir a ansiedade por se tratar de um processo maligno de mama, com todos os efeitos psicológicos da patologia em si e a retirada parcial da mama (no caso) podem causar. Além do preparo local (com tricotomia da axila e da região periareolar, etc…). O período pós operatório de três dias é o tempo mínimo recomendável para uma cirurgia radical de mama onde é realizada dissecação linfática axila total (retirada de gânglios eventualmente comprometidos) e drenagem axilar à vácuo, sendo estes procedimentos de rotina.*

Se a paciente tivesse sido operada por volta das 14 horas, diria que não haveria necessidade de ela ser internada um dia antes, o que seria mais econômico para a empresa de seguros, que tem todo o direito de não ser desnecessariamente onerada. Porém, a alta poderia demorar um dia a mais, o que daria o mesmo custo para a seguradora. Como se diz popularmente, *seria o mesmo que trocar seis por meia dúzia.*

O que se verifica é que a ré sustentou na contestação que foi negada cobertura para os dois dias que antecederam a cirurgia *(9)*. Ocorre que não foram dois os dias de antecedência, como reconheceu o próprio médico da ré na parte final de fls. 267, quando disse: Ocorre aqui uma imprecisão: a paciente foi internada um dia antes da operação e não dois.

Imprecisão é um eufemismo, é uma palavra mais branda para significar outra mais dura. A ré errou e errar é humano. O que não podemos é fugir de nossos erros. Se foram glosados dois dias de internação porque eles antecederam a cirurgia e na verdade, como o próprio médico da ré admite, houve um erro, já que a antecedência foi de um dia só, no mínimo, devemos concluir que a glosa deve ser reduzida para apenas um dia. É uma questão de lógica.

Porém, como longamente sustentei acima, com base no direito, na medicina e no bom senso, como neste caso foi devida a internação na véspera da cirurgia, então não deveria ter ocorrido glosa alguma no que diz respeito ao pagamento dos dias de internação.

É verdade que a ré, após a fase postulatória, argumentou que houve a permanência da paciente por mais um dia, depois da alta e que ao menos esse dia deveria ser glosado. Isso foi dito a fls. 260, praticamente nas alegações finais, mas jamais na contestação, o que não é admissível. De fato, o nosso direito, em regra, não permite sejam feitas novas alegações, após o momento processual adequado para a defesa, nos termos dos arts. 302 e 302 do Código de Processo Civil*(10)*. Em outras palavras, o que alguém esquece de alegar na contestação, não pode ser alegado depois.

Neste particular, se a ré tivesse tempestivamente dito que a autora permaneceu internada mais um dia depois de sua alta, eu até poderia concordar com a não cobertura do pagamento desse dia de internação pelo seguro-saúde. Porém, como foi dito que os dois dias foram glosados porque anteriores à cirurgia, devem ambos ser pagos porque acima já decidi nesse sentido. A ré defendeu-se mal neste pequeno aspecto.

Assim, julgo procedente em parte os pedidos formulados por **José da Silva e Maria da Silva** propuseram a presente ação de rito ordinário em face de **Bradesco Seguros S.A.**, para o fim de condenar a ré a pagar em favor dos autores, solidariamente, a quantia de R$ 16.872,09, que foi confessada como

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

devida e mais o valor dos dois dias de internação glosados. Esses valores devem ser corrigidos pela tabela do TJ-SP e acrescidos de juros de 1% ao mês, desde a data da propositura da ação. Cada uma das partes arcará com as custas já suportadas e os honorários de seu advogado. Os honorários do perito serão divididos ao meio entre as partes, cabendo os do assistente por quem o contratou. Decido assim quanto à sucumbência porque ela foi recíproca.

P.R.I.

São Paulo, 30 de agosto de 2001.

José Luiz Germano

Juiz De Direito

Notas de Rodapé

1- Conforme cláusula 8a, referida a fls. 153, que se reporta a fls. 36.

2- Conforme prevê o art. 35 da referida lei.

3- Art. 269 – Extingue-se o processo com julgamento de mérito:

I – quando o juiz acolher ou rejeitar o pedido do autor;

II – quando o réu reconhecer a procedência do pedido;

4 Art. 26 – Se o processo terminar por desistência ou reconhecimento do pedido, as despesas e os honorários serão pagos pela parte que desistiu ou reconheceu.

Parágrafo 1º – Sendo parcial a desistência ou o reconhecimento, a responsabilidade pelas despesas e honorários será proporcional à parte de que se desistiu ou que se reconheceu.

5- Art. 5º – Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

XXXVI – a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada;

6- Art. 178 – Prescreve:

Parágrafo 6º – Em 1 (um) ano:

I – a ação do doador para revogar a doação; contado o prazo do dia em que souber do fato, que o autoriza a revogá-la (arts. 1.181 a 1.187);

II – a ação do segurado contra o segurador e vice-versa, se o fato que a autoriza se verificar no país; contado o prazo do dia em que o interessado tiver conhecimento do mesmo fato (art. 178, parágrafo 7º,

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

V);

7- O valor do prêmio de um seguro é feito com base nos chamados cálculos atuariais, que determinam a probabilidade média da ocorrência de sinistros, que forçam as seguradoras a fazer os pagamentos.

É sabido que a pessoa mais idosa tem mais propensão a morrer, ficar inválida ou precisar de cuidados médicos intensivos, o que encarece as suas despesas com saúde.

Uma das soluções para enfrentar essas despesas é o seguro-saúde, que cobra mais de quem tem mais chances de gerar despesas elevadas, exatamente as pessoas mais idosas.

Não é por acaso que o seguro-saúde ou mesmo o seguro de vida de alguém mais velho custa mais caro. Se alguém vai contratar um seguro-saúde para a família toda verá que o valor total mensal será o resultado da soma de diferentes valores, de acordo com a faixa etária da pessoa. Uma mãe normalmente paga mais que um filho. Eu mesmo fiz uma cotação dessas recentemente e constatei isso.

Ora, isso tudo o que foi dito é óbvio, é natural, é lógico e é lícito, sob pena de a atividade da seguradora ficar inviabilizada. Quem não ouviu dizer que o prêmio do seguro dos automóveis tem subido de acordo com o aumento do furto ou roubo desses bens? Quem não sabe que pessoas com perfil de menos risco pagam menos prêmio quando seguram seus carros (mulheres e pessoas mais maduras)?

Se não houvesse a diferenciação de preço de acordo com a idade teríamos das duas uma: pessoas jovens pagando mais para que pessoas mais velhas paguem menos ou então o seguro sendo feito só por pessoas mais velhas, o que aumentaria o custo ainda mais.

Há algum tempo o Jornal Nacional noticiou um caso de aumento técnico excepcional, acima dos níveis da inflação, deferido pelas autoridades governamentais e contra os consumidores, em favor de uma empresa de medicina de grupo. Não é seguro-saúde, mas o princípio é o mesmo. Trata-se do plano chamado Classes Laboriosas, cujos associados eram jovens, mas foram envelhecendo e aumentaram os custos do plano, que não conseguia mais sobreviver com o que arrecadava. A saída foi aumentar o preço e bastante.

No presente caso, quem vai contratar um seguro-saúde sabe que o valor do prêmio mensal varia de acordo com o avanço da idade, por vezes um pouco a cada ano e por outras vezes só em determinadas épocas, mas de uma forma mais brusca. O que foi contratado entre as partes foi a segunda opção.

8- É a chamada tricotomia, que foi feita no presente caso.

9- Confira-se a respeito fls. 156, onde isso está destacado com letras maiúsculas.

10- Art. 302 – Cabe também ao réu manifestar-se precisamente sobre os fatos narrados na petição inicial. Presumem-se verdadeiros os fatos não impugnados, salvo:

I – se não for admissível, a seu respeito, a confissão;

II – se a petição inicial não estiver acompanhada do instrumento público que a lei considerar da

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

substância do ato;

III – se estiverem em contradição com a defesa, considerada em seu conjunto.

Parágrafo único – Esta regra, quanto ao ônus da impugnação especificada dos fatos, não se aplica ao advogado dativo, ao curador especial e ao órgão do Ministério Público.

Art. 303 – Depois da contestação, só é lícito deduzir novas alegações quando:

I – relativas a direito superveniente;

II – competir ao juiz conhecer delas de ofício;

III – por expressa autorização legal, puderem ser formuladas em qualquer tempo e juízo.

Date Created
17/09/2001

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.