

Cabe ao médico, e não ao convênio, definir tempo de internação

iStockphoto



STJ considerou abusiva cobrança por internação e instrumentadora cirúrgica
iStockphoto

A definição quanto ao tempo de internação do paciente e dos meios e recursos necessários ao seu tratamento cabe ao médico que o assiste, e não ao plano de saúde. Com esse entendimento a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça condenou uma seguradora de saúde a reembolsar os gastos com pernoite no hospital após cirurgia, bem como dos honorários da instrumentadora que acompanhou o procedimento.

A segurada ajuizou ação de revisão de cláusulas contratuais de apólice coletiva de seguro-saúde cumulada com obrigação de fazer e com indenização de danos materiais e morais. Narrou que precisou de cirurgia para tratar de sinusite e amigdalite. Disse que enviou o orçamento previamente à seguradora, solicitando autorização, o que foi autorizado com internação em apartamento. No entanto, a seguradora negou o reembolso da despesa com instrumentador (R\$ 800) e com o pernoite no hospital (R\$ 471,92). Também afirmou que foi feito apenas o repasse de valores ínfimos em relação àqueles efetivamente pagos ao médico e ao anestesista.

Em primeiro e segundo graus, os pedidos foram julgados improcedentes. A Justiça considerou que a segurada não seria uma consumidora vulnerável a ponto de não compreender as cláusulas do contrato, porque, sendo advogada, tinha “ciência dos limites de reembolso de cada tipo de intervenção”, que são proporcionais às mensalidades e de acordo com os limites de cada categoria de plano.

As instâncias ordinárias também consideraram válida a justificativa de não reembolsar a despesa com a instrumentadora e a referente ao pernoite, “por se tratar de critério pessoal de trabalho do médico, e não de procedimento padrão e fundamental à manutenção da saúde do paciente”.

Recurso Especial

A segurada recorreu ao STJ. O relator, ministro João Otávio de Noronha, constatou que ela recebeu o manual do segurado, onde está explícito que, no sistema de livre escolha (autorizado pela Lei 9.656/1998), o beneficiário pode escolher médicos, hospitais e demais serviços de saúde não credenciados, sendo posteriormente reembolsado das despesas nos limites do que foi pactuado.



De acordo com o ministro, o Código de Defesa do Consumidor (CDC) incide na relação estabelecida entre as partes, não importando as condições profissionais e pessoais peculiares do consumidor, nos termos da Súmula 469 do STJ. Quanto à recusa do plano de saúde a reembolsar as despesas com pernoite no hospital e com a instrumentadora da cirurgia, a 3ª Turma entendeu que a cláusula contratual é abusiva e aplicou o CDC.

O ministro Noronha verificou que a recusa “não se ampara na inexistência de cobertura para o risco, mas sim no cabimento de um juízo de conveniência quanto à necessidade da adoção de ambos”, o que deve ser definido apenas pelo médico, não pelo plano de saúde. *Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.*

[REsp 1.458.886](#)

Date Created

12/03/2015