



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. CDC. RADIOTERAPIA. PROCEDIMENTOS DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E PLANEJAMENTO TRIDIMENSIONAL PARA A DEFINIÇÃO DO VOLUME ALVO DE PROTEÇÃO DE ÓRGÃOS DE RISCO. APLICAÇÃO DA LEI 9.656/98. RENOVAÇÕES SUCESSIVAS E AUTOMÁTICAS. COBERTURAS MÍNIMAS OBRIGATÓRIAS. NEGATIVA DE COBERTURA SECURITÁRIA QUANTO AO MÉTODO DO TRATAMENTO.

1. Embora o contrato tenha sido firmado em data anterior à vigência da Lei dos Planos de Saúde, tal circunstância não afasta a sua incidência sobre o caso em apreço, porquanto não comprovado pela ré tenha ofertado ao contratante a adaptação da apólice para as novas exigências legais, conforme preceitua o artigo 35 da Lei n.º 9.656/98. Além disso, esta Câmara firmou o entendimento de que os contratos de planos de saúde configuram-se relações de trato continuado, razão pela qual suas estipulações devem atender a regulação das sucessivas inovações legislativas atinentes a cada novo período renovado.
2. Aplicável à espécie a regulamentação instituída pela Lei dos Planos de Saúde, mostra-se injustificada a negativa de cobertura, em face da previsão dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia dentre as coberturas mínimas exigidas (artigo 10 c/c artigo 12, inciso III, g, ambos da Lei n. 9.656/98).

APELO DESPROVIDO. UNANIME.

APELAÇÃO CÍVEL

Nº 70033654070

UNIMED PORTO ALEGRE
SOCIEDADE COOPERATIVA DE
TRABALHO MEDICO LTDA

THEREZINHA BANDEIRA DE FRAGA

SEXTA CÂMARA CÍVEL - SERVIÇO
DE APOIO À JURISDIÇÃO
COMARCA DE PORTO ALEGRE

APELANTE

APELADO



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos.

Acordam os Magistrados integrantes da Sexta Câmara Cível - Serviço de Apoio à Jurisdição do Tribunal de Justiça do Estado, à unanimidade, em negar provimento ao apelo.

Custas na forma da lei.

Participaram do julgamento, além do signatário, os eminentes Senhores **DES. LUÍS AUGUSTO COELHO BRAGA (PRESIDENTE E REVISOR) E DES. NEY WIEDEMANN NETO.**

Porto Alegre, 24 de março de 2011.

DR. LÉO ROMI PILAU JÚNIOR,
Relator.

RELATÓRIO

DR. LÉO ROMI PILAU JÚNIOR (RELATOR)

Adoto o relatório contido na sentença (fls. 115/118), nos seguintes termos:

Vistos etc.

THEREZINHA BANDEIRA DE FRAGA ajuizou ação de obrigação de fazer em face de **UNIMED PORTO ALEGRE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA**, tendo mencionado, em síntese, que em 1991 celebrou com a ré contrato de assistência médica. Disse que tinha 76 anos e desenvolveu linfonodo sentinela na mama esquerda (pré-câncer), necessitando de radioterapia e outros procedimentos de tomografia computadorizada e planejamento tridimensional para a definição do volume alvo de proteção de órgãos de risco. Asseverou que em agosto de 98 o contrato foi aditado para incluir a cobertura de exames complexos, mas mesmo assim a



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

requerida negou a cobertura sob o fundamento de que seriam procedimentos experimentais. Liminarmente, requereu a cobertura contratual para os procedimentos e aos honorários médicos. No mérito, pediu a conformação do pedido liminar e o benefício da AJG. Deu á causa o valor de alçada. Juntou documentos (fls. 12-61).

Deferida a liminar e não concedido o benefício da AJG (fl. 62-63).

Citada, a ré apresentou contestação. Na oportunidade, mencionou que o contrato não foi regulado pela Lei 9.656/98, pois o contrato foi firmado em 23 de outubro de 1991. Mencionou que foi oportunizada a possibilidade de migração do contrato, mas a demandante optou pela não migração. Referiu a legalidade da negativa de cobertura para os procedimentos, pois não constam na tabela da Associação Médica Brasileira e somente em 2003 foram incluídos na classificação brasileira hierarquizada de procedimentos médicos, de modo que não estão tais procedimentos abrangidos pelo contrato. Pediu a improcedência. Juntou documentos (fls. 80-106).

Réplica (fls. 108-109).

Ao final, a demanda restou assim julgada:

*Em face do exposto, julgo procedente o pedido veiculado na ação de obrigação de fazer ajuizada por **THEREZINHA BANDEIRA DE FRAGA** face de **UNIMED PORTO ALEGRE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA**, para determinar a cobertura contratual ou o ressarcimento dos valores pagos pela demandante atinente ao tratamento requerido, conforme decisão liminar concedida na folha 62. Por isso, condeno a requerida ao pagamento de custas e honorários advocatícios, estes fixados em R\$ 2.000,00, tendo em vista a natureza da causa e o zelo profissional despendido pela parte autora, nos termos do art. 20, §4º, do Código de Processo Civil.*

Publique-se.

Registre-se.

Intimem-se.

Porto Alegre, 25 de agosto de 2009.



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

Inconformada, recorreu a UNIMED PORTO ALEGRE – SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA (fls. 120/127). salientando, com amparo nos princípios da irretroatividade da Lei e do ato jurídico perfeito, que a Lei nº 9.656/98 não incide sobre o contrato em questão, haja vista que o mesmo foi firmado em 23 de outubro de 1991, entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Unimed Porto Alegre. Assevera ter oportunizado à contratante a possibilidade de efetuar a migração de seu contrato para planos já adaptados às garantias e coberturas estipuladas pela Lei nº 9.656/98. Destaca que nem a UFRGS, contratante do plano de saúde, nem os beneficiários optaram pela migração do plano, dando preferência, conseqüentemente, à manutenção dos termos já pactuados, sem a adaptação à nova Lei de Planos de Saúde. Aduz ofensa ao princípio do equilíbrio contratual, uma vez que não há a devida contraprestação aos serviços prestados. Salaria que o contrato em tela não está regulamentado pela atual legislação dos planos de saúde, e que o mesmo não possui cobertura para a realização dos procedimentos requeridos e concedidos pelo juízo singular. Destaca que o contrato em litígio não está regulamentado pela Lei nº 9.656/98, por opção da contratante, e a cobertura destes tratamentos somente existe para os contratos regulamentados, conforme rol da Agência Nacional de Saúde. Aduz que a incidência do Código de Defesa do Consumidor no contrato em deslinde não gera efeitos, porquanto inexistem cláusulas abusivas. Postula a improcedência da ação, com a inversão dos ônus da sucumbência.

O recurso restou recebido em ambos os efeitos (fl. 129). Foram apresentadas contrarrazões (fls. 131/133).



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

Conclusos, vieram-me os autos.

Anoto ter sido observado o disposto nos arts. 549, 551 e 552, todos do CPC, em face da adoção do sistema informatizado.

É o relatório.

VOTOS

DR. LÉO ROMI PILAU JÚNIOR (RELATOR)

Senhor Presidente, cuida-se de recurso de apelação em que pretende a demandada a reforma do *decisum* que determinou à UNIMED a cobertura contratual ou o ressarcimento dos valores pagos pela demandante para o custeio do procedimento de radioterapia e outros procedimentos de tomografia computadorizada e planejamento tridimensional para a definição do volume alvo de proteção de órgãos de risco. Gize-se que compreende-se perfeitamente que as razões do recurso, que atacam a sentença e portanto pode ser conhecido.

Ressalto, de início, que a atividade dos planos de saúde, objeto dos autos, está abrangida pelo Código de Defesa do Consumidor, consoante disposição do artigo 3º, § 2º¹, devendo suas cláusulas obedecer às regras dispostas na legislação consumerista, modo a evitar eventuais desequilíbrios entre as partes, especialmente em virtude da hipossuficiência do consumidor em relação ao fornecedor.

¹ CDC - Art. 3º (...)

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

Esta é a lição de Cláudia Lima Marques, *in Contratos no Código de Defesa do Consumidor, 2ª edição, Editora Revista dos Tribunais*:

“Resumindo, em todos estes contratos de seguro podemos identificar o fornecedor exigido pelo art. 3º do CDC, e o consumidor. Note-se que o destinatário do prêmio pode ser o contratante com a empresa seguradora (estipulante) ou terceira pessoa, que participará como beneficiária do seguro. Nos dois casos, há um destinatário final do serviço prestado pela empresa seguradora. Como vimos, mesmo no caso do seguro-saúde, em que o serviço é prestado por especialistas contratados pela empresa (auxiliar na execução do serviço ou preposto), há a presença do ‘consumidor’ ou alguém a ele equiparado, como dispõe o art. 2º e seu parágrafo único.

Portanto, os contratos de seguro estão submetidos ao Código de Proteção do Consumidor, devendo suas cláusulas estarem de acordo com tal diploma legal, devendo ser respeitadas as formas de interpretação e elaboração contratuais, especialmente a respeito do conhecimento ao consumidor do conteúdo do contrato, a fim coibir desequilíbrios entre as partes, principalmente em razão da hipossuficiência do consumidor em relação ao fornecedor.”

Sustenta a demandada, em síntese, a inaplicabilidade das disposições consignadas na Lei n.º 9.656/98 sob o argumento de que a contratação havida entre as partes se deu em data anterior à sua vigência.

Com efeito, a Lei supra citada criou um aparato jurídico para regular as atividades dos planos privados de assistência à saúde, com normas que regulamentam o equilíbrio da relação contratual e o próprio exercício de tal atividade econômica.



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

Com a introdução deste novo regime jurídico incidente sobre os contratos de plano de saúde que regem relações de trato continuado, o legislador atento ao fato quanto aos efeitos da lei no tempo, assim dispôs:

Artigo 35 – Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 02 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

A partir disso, passou-se a entender que a incidência das novas disposições legais não seria automática no que se refere aos contratos anteriores à sua vigência, restando assegurado aqueles consumidores a opção de migrar a sua apólice para um novo contrato, plenamente adaptado ao novo cenário legal.

O contrato de assistência médica firmado entre a recorrente e a parte autora, segundo o que se infere dos autos, iniciou sua vigência no ano de 1991, antes, portanto, da entrada em vigor da lei acima citada.

Por outro lado, sinalizo que a Lei dos Planos de Saúde não possui aplicação retroativa; logo, deve respeitar, em tese, o ato jurídico perfeito, o direito adquirido e a coisa julgada, conforme preceituam os artigos 6º, *caput*, da LICC e 5º, XXXVI, da Constituição Federal.

Esta Câmara, no entanto, já pacificou o entendimento no sentido de que os contratos de seguro, são em regra, renováveis periodicamente, fazendo com que cada renovação corresponda a um novo contrato, o qual deverá estar em consonância com a legislação em vigor



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

naquela determinada época, razão porque não há falar em irretroatividade da lei ou violação ao ato jurídico perfeito.

Colaciono:

*APELAÇÃO CÍVEL. AGRAVO RETIDO NÃO-CONHECIDO. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. UNIMED. CRT. 1) **Contrato anterior à vigência da Lei nº 9.656/98, de trato sucessivo e prorrogação automática. Os planos de saúde se submetem às normas do CDC, sendo que o usuário do plano ostenta a condição de consumidor** ç art. 2º, da Lei nº 8.078/90. 2) Aplicação imediata das disposições do art. 12, § 2º, da Lei 9.656/98, que torna obrigatória cobertura do atendimento nos casos de emergência, como tal definidos os que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente (cegueira), caracterizado em declaração do médico assistente. 3) Não se trata, portanto, de dar efeito retroativo à lei, para atingir contrato assinado em data anterior à vigência desta. Mas, simplesmente, fazer incidir norma de caráter público e cogente, cuja adoção é obrigatória. 4) Não prepondera o argumento de que os contratos de seguro saúde cobrem riscos pré-determinados nas condições contratadas, conforme exegese dos art. 757 e 776 do CC. Há que se dar, aqui, prevalência ao próprio objeto do contrato, que é prestar assistência à saúde, dado ao seu conteúdo social. RECURSO DESPROVIDO. (Apelação Cível Nº 70022333827, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: José Aquino Flores de Camargo, Julgado em 28/08/2008)*

*APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA SECURITÁRIA. INCIDÊNCIA DO CDC E DA LEI 9.656/98. VIOLAÇÃO AO ATO JURÍDICO PERFEITO. INOCORRÊNCIA. 1. **Após a nova regulamentação da Lei dos Planos de Saúde, os contratos antigos devem ser adaptados à nova legislação e, principalmente, interpretados sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor. Havendo previsão contratual de renovação automática, incide a Lei nº 9.656/98, sem que se possa cogitar de desrespeito a ato jurídico***



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

perfeito. *Cuida-se de novo contrato, firmado na vigência da lei nova. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. IMPLANTE DE PRÓTESE VALVULAR MECÂNICA. REEMBOLSO DAS DESPESAS DEVIDO. 2. Os gastos decorrentes do implante de prótese valvular mecânica não podem ser colocados a descoberto do plano de seguro, pois caracterizam o meio idôneo e necessário para que a cirurgia cardíaca a que se submeteu a autora fosse bem-sucedida, sob pena de frustrar-se a finalidade do contrato entabulado entre as partes. Devido o ressarcimento dos valores desembolsados pela autora. DANOS MORAIS. INOCORRÊNCIA. DESCUMPRIMENTO CONTRATUAL. 3. Não há falar em danos morais no caso dos autos, o qual caracteriza mero dissabor da autora provocado pelo inadimplemento do contrato pela operadora do plano de saúde. O descumprimento contratual, por si só, não tem o condão de gerar indenização por danos morais. Precedentes do STJ e do TJ/RS. APELOS DESPROVIDOS. (Apelação Cível Nº 70018864611, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Tasso Caubi Soares Delabary, Julgado em 09/10/2008)*

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. CONTRATO ANTERIOR À LEI Nº 9.656/98. APLICAÇÃO DA NOVEL LEGISLAÇÃO EM RAZÃO DAS SUCESSIVAS RENOVAÇÕES DO CONTRATO. DEPENDÊNCIA QUÍMICA. DOENÇA PREVISTA NO CID. ART. 10. OBRIGATORIEDADE DA COBERTURA PARA TRATAMENTO. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA TAMBÉM CONFIGURADA OBRIGANDO, AINDA MAIS, A DEMANDADA A CUSTEAR A INTERNAÇÃO SOLICITADA. INTELIGÊNCIA DO ART. 35-C DA LEI 9656/98. Apelo provido. (Apelação Cível Nº 70027370485, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Antônio Corrêa Palmeiro da Fontoura, Julgado em 19/08/2010)

APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO. PLANO DE SAÚDE. ARTROSE DO JOELHO. NECESSIDADE DE COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL DE JOELHO. CONTRATO FIRMADO ANTES VIGÊNCIA DA LEI 9.656/98. RENOVAÇÕES CONTRATUAIS SUCESSIVAS. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

DEFESA DO CONSUMIDOR. COBERTURA SECURITÁRIA DEVIDA. SENTENÇA MANTIDA. Os seguros-saúde estão submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor, enquanto relação de consumo atinente ao mercado de prestação de serviços médicos, razão pela qual se aplica o disposto no art. 35 da Lei 9.656/98 ao caso em tela, decorrente de interpretação literal e mais benéfica aos aderentes. A renovação do contrato firmado após a vigência da lei precitada, obrigatoriamente, deve incorporar o estatuído no ordenamento vigente, quando não oportunizado ao consumidor a migração de plano, não havendo falar em violação ao princípio da irretroatividade das leis, mas mera adequação àquela regulação. Os contratantes deverão observar o princípio da boa-fé em todas as fases do contrato, ou seja, tanto na conclusão como na sua execução. Inteligência do art. 422 do CC. A exclusão de prótese ao procedimento clínico realizado, estabelecida em cláusula expressa do contrato avençado, é abusiva, conforme definido nos incisos I e IV do art. 10 da Lei nº 9.656/98, violando o disposto no inc. IV do art. 51 do CDC, salvo se empregadas para fins estéticos ou não ligadas ao ato cirúrgico. APELO DESPROVIDO. (Apelação Cível Nº 70037112612, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Romeu Marques Ribeiro Filho, Julgado em 18/08/2010)

APELAÇÃO CÍVEL SEGURO SAÚDE. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA CONTRATUAL. CONTRATO FIRMADO ANTES DO ADVENTO DA LEI Nº 9.656/98. VERBA HONORÁRIA. ADEQUAÇÃO. INEXISTÊNCIA DE SALDO REMANESCENTE. Os contratos de seguro são, em regra, renováveis periodicamente, fazendo com que cada renovação corresponda a um novo contrato, o qual deve estar adequado à legislação em vigor na época da renovação. Além disso, não há nos autos prova do oferecimento, pela ré, de contrato adaptado à Lei nº 9.656/98 ao autor, nem de rejeição expressa da proposta por este. Inafastável, pois, o dever de cobertura pela operadora de plano de saúde demandada. Readequação da verba honorária para que a mesma reste adequada ao artigo 20, § 3º e alíneas do CPC. O eventual saldo remanescente deverá ser apurado em liquidação de sentença. DERAM PARCIAL PROVIMENTO AO APELO. UNÂNIME. (Apelação Cível Nº 70027009349,



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

*Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS,
Relator: Luís Augusto Coelho Braga, Julgado em
29/04/2010)*

Na mesma trilha, o entendimento do STJ:

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. ESTATUTO DO IDOSO. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE DE MENSALIDADES EM RAZÃO DE MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. VEDAÇÃO. DECISÃO AGRÁVADA. MANUTENÇÃO.

- O plano de assistência à saúde é contrato de trato sucessivo, por prazo indeterminado, a envolver transferência onerosa de riscos, que possam afetar futuramente a saúde do consumidor e seus dependentes, mediante a prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, diretamente ou por meio de rede credenciada, ou ainda pelo simples reembolso das despesas.

- Como característica principal, sobressai o fato de envolver execução periódica ou continuada, por se tratar de contrato de fazer de longa duração, que se prolonga no tempo; os direitos e obrigações dele decorrentes são exercidos por tempo indeterminado e sucessivamente.

- Ao firmar contrato de plano de saúde, o consumidor tem como objetivo primordial a garantia de que, no futuro, quando ele e sua família necessitarem, obterá a cobertura nos termos em contratada.

- O interesse social que subjaz do Estatuto do Idoso, exige sua incidência aos contratos de trato sucessivo, assim considerados os planos de saúde, ainda que firmados anteriormente à vigência do Estatuto Protetivo.

- Deve ser declarada a abusividade e conseqüente nulidade de cláusula contratual que prevê reajuste de mensalidade de plano de saúde calcada exclusivamente na mudança de faixa etária.

- Veda-se a discriminação do idoso em razão da idade, nos termos do art. 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, o que impede especificamente o reajuste das mensalidades dos planos de saúde que se derem por mudança de faixa etária; tal vedação não envolve, portanto, os demais reajustes permitidos em lei, os quais ficam garantidos às empresas prestadoras de planos de saúde, sempre ressalvada a abusividade.



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

- *Agravo Regimental improvido.*
(AgRg no REsp 707.286/RJ, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/12/2009, DJe 18/12/2009)

Desta forma, em se tratando de contrato estipulado por prazo indeterminado, com renovações periódicas e automáticas, devem suas estipulações atender a regulação das sucessivas inovações legislativas atinentes a cada novo período.

Superada a questão quanto à incidência da Lei dos Planos de Saúde ao caso concreto, verifica-se da narrativa dos autos que a controvérsia gira em torno da negativa de cobertura quanto ao procedimento postulado pelo segurado, levando-se em consideração o Rol de Procedimentos, consoante disposição das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Pois bem. De acordo com o artigo 10 da Lei nº 9.656/98, que instituiu o plano-referência de assistência à saúde, perfeitamente aplicável ao caso em apreço, como já mencionado anteriormente, o procedimento pleiteado não se encontra dentre as exceções de cobertura ali elencadas, *ipsis verbis*:

“Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

art. 12 desta Lei, exceto: [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, observado o disposto no § 1º deste artigo;

VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

IX - procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar; [\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

X - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XI - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente. (...)”

Da simples leitura do avençado não se verifica a exclusão do tratamento recomendado ao demandante; assim, cingindo-se a discussão acerca da obrigação da ré em custear o tratamento nos termos prescritos pelo médico assistente, não se justifica a negativa da operadora de plano de saúde, diante das exigências legais impostas pela Lei n.º 9.656/98,



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

especialmente levando-se em conta o disposto no artigo 12, inciso II, alínea “d”, que é claro ao estabelecer que não poderão ser excluídos da cobertura as sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição médica.

Além disso, conforme reconhecido pela apelante em sua contestação (fl. 77), em 2003 houve o reconhecimento dos procedimentos solicitados pela parte autora pelos órgãos de saúde, de modo que não caracterizado o caráter experimental dos exames requeridos, consoante se verifica através da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos juntada aos autos pela própria demandada (fls. 105/106).

Outrossim, assevero que a pretensão posta em debate é de extrema relevância na medida em que diz respeito ao tratamento de câncer, que não se esgota com os procedimentos já franqueados pela requerida, exigindo-se, para a cura, outros tantos métodos, tal como o postulado.

Igualmente, cumpre ressaltar que a finalidade dos planos de saúde é tratar da doença, resultando qualquer restrição quanto aos procedimentos necessários a cura em inobservância das exigências contidas na legislação antes referida, assim como cristalina violação ao Código Consumerista.

Sobre o tema, é uníssono o entendimento de que os planos de saúde podem estabelecer quais as doenças que serão cobertas, mas não podem limitar o tipo de tratamento a ser alcançado ao paciente.

Colaciono:



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

Seguro saúde. Cobertura. Câncer de pulmão. Tratamento com quimioterapia. Cláusula abusiva. 1. O plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Se a patologia está coberta, no caso, o câncer, é inviável vedar a quimioterapia pelo simples fato de ser esta uma das alternativas possíveis para a cura da doença. A abusividade da cláusula reside exatamente nesse preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, em razão de cláusula limitativa, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta. 2. Recurso especial conhecido e provido. (Resp 668216/SP, Relator Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, Terceira Turma, j. 15.03.2007).

Na mesma trilha, os julgados desta Corte:

PLANO DE SAÚDE. CÂNCER DE PRÓSTATA. VIDEOLAPAROSCOPIA. COBERTURA. Preliminar de ilegitimidade ativa rejeitada. O beneficiário de plano de saúde é parte legítima tanto para exigir o cumprimento do contrato, quanto para discuti-lo em juízo. Outrossim, considerado o diagnóstico de câncer de próstata, o que deve prevalecer é a existência de previsão de cobertura para a patologia em questão e não a forma de tratamento a ser empregada. Dever da UNIMED arcar com os custos do procedimento indicado pelo médico assistente do autor. Apelo desprovido. (Apelação Cível Nº 70031092018, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Leo Lima, Julgado em 16/12/2009)

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA DE ABAIXAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA. INCIDÊNCIA DA LEI N.º 9.656/98 E DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (ART. 51, IV). JUÍZO DE PROCEDÊNCIA MANTIDO. Não se justifica a negativa de cobertura contratual, uma vez que a operadora do plano de saúde não está autorizada a fazer a escolha do método mais adequado para o tratamento, pois isso compete ao profissional que tem conhecimento na



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

área da medicina; assim, o método solicitado pelo médico especialista - videolaparoscopia - reduz a possibilidade de seqüelas no paciente e a sua recuperação é muito mais rápida, além do que se cuida de uma técnica menos invasiva do que a cirurgia tradicional. Negaram provimento ao apelo. Unânime. (Apelação Cível Nº 70033887001, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Artur Arnildo Ludwig, Julgado em 06/05/2010)

PLANO DE SAÚDE. Radioterapia. Caso em que a autora busca cobertura para tratamento de câncer de pulmão, a ser feito à base de radioterapia, mediante técnica denominada de intensidade modulada do feixe de irradiação (IMRT). O que deve prevalecer é a existência de previsão de cobertura para a patologia em questão, e não a forma de tratamento a ser utilizado, cuja avaliação cabe exclusivamente ao médico. Recurso improvido. (Recurso Cível Nº 71001458801, Terceira Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Afif Jorge Simões Neto, Julgado em 25/03/2008)

Por estas razões, cumpre observar que incidindo na espécie as disposições da legislação consumerista, é certo que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas da maneira mais favorável ao consumidor, consoante dispõe o artigo 47 do CDC, e assim, não há falar em negativa de cobertura contratual quanto ao método do tratamento recomendado pelo médico que assiste ao paciente.

Isso posto, encaminho o voto no sentido de **negar provimento** ao apelo, mantendo-se a sentença recorrida.



LRPJ
Nº 70033654070
2009/CÍVEL

DES. LUÍS AUGUSTO COELHO BRAGA (PRESIDENTE E REVISOR) - De acordo com o(a) Relator(a).

DES. NEY WIEDEMANN NETO - De acordo com o(a) Relator(a).

DES. LUÍS AUGUSTO COELHO BRAGA - Presidente - Apelação Cível nº 70033654070, Comarca de Porto Alegre: "À UNANIMIDADE, NEGARAM PROVIMENTO AO APELO."

Julgador(a) de 1º Grau: JOSE ANTONIO COITINHO