

RELATOR : DESEMBARGADOR FEDERAL FREDERICO GUEIROS
APELANTE : CAIXA ECONOMICA FEDERAL - CEF
ADVOGADO : RENATO MIGUEL E OUTROS
APELADO : JANE GONCALVES FISSICARO PROCOPIO
ADVOGADO : JOAO BATISTA CERUTI PINTO E OUTROS
ORIGEM : 5ª VARA FEDERAL CÍVEL DE VITÓRIA/ES
(200550010058820)

RELATÓRIO

Cuida-se de Apelação Cível e de Agravo Interno movidos pela Caixa Econômica Federal em face, respectivamente, da sentença de fls. 421/449 e da decisão de fl.550.

A sentença julgou procedente o pedido autoral nos seguintes termos:

“Ante o exposto, acolho a preliminar de ilegitimidade passiva da FUNCEF, determinando, quanto a esta, a extinção do feito nos termos do art. 267, VI, do CPC.

Por outro lado, com relação à Caixa Econômica Federal, DEFIRO, EM PARTE, o pedido formulado na inicial, confirmando a decisão proferida liminarmente, determinando que esta Ré suspenda imediatamente o desconto mensal no contra-cheque da Autora das parcelas referentes ao “Adiantamento Assistencial” no valor R\$ 556,00, que proceda ao reembolso das parcelas já pagas a título de referido empréstimo, à quitação imediata do débito remanescente, bem como que arque com a continuidade do tratamento de seu filho, nos termos da fundamentação acima expendida.

Condeno a CEF ao pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios à Autora, os quais arbitro em 10 % do valor da causa, em conformidade com o que dispõe o art. 20, § 3º, do CPC.

Condeno a Autora ao pagamento de honorários advocatícios à FUNCEF, os quais arbitro em R\$ 100,00, nos termos do art. 20, § 4º, do CPC.”

Embargos de Declaração movidos pela FUNCEF e pela CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, apontando omissão quanto à análise das questões preliminares levantadas em contestação, em especial, quanto à ilegitimidade passiva da Funcef, e quanto à incompetência da Justiça Federal.

A decisão dos Embargos supriu a omissão, acolhendo a ilegitimidade passiva da Funcef, excluindo-a do feito, mantendo, no entanto, a competência da Justiça Federal para apreciar a questão, haja vista a natureza civil da relação processual.

Irresignada, a CEF move o recurso de apelação, alegando, em preliminar, a incompetência da Justiça Federal, uma vez que a apelada mantém vínculo empregatício com a Caixa e a questão decorre de relação laboral e não cível.

Aduz a nulidade da sentença, na medida em que não oportunizou às partes a produção de provas, em especial, quanto à existência ou não de profissionais habilitados, dentro do Saúde-Caixa, a realizar o tratamento no filho da apelada.

No mérito, alega que é preciso deixar claro que não se está a impedir o adequado tratamento de saúde, e que a questão se resume a decidir se a apelada tem direito a escolher o “melhor profissional existente em determinada especialidade, ajustar com ele os honorários que o mesmo exigir, cabendo ao plano de saúde, sem direito a qualquer tipo de questionamento, ressarcir os valores”.

Informa que o plano de saúde da Caixa é um plano de auto-gestão, custeado pela Caixa em 70% dos custos e pelos participantes, com 30% dos custos. Que o participante dispõe de uma vasta rede de profissionais credenciados, nas mais diversas áreas da medicina, e, optando o participante por profissional não credenciado, o plano o reembolsará até o limite dos honorários pagos a um médico credenciado. O plano prevê, ainda, o empréstimo assistencial para situações especiais não cobertas pelo plano, onde o resgate do numerário adiantado ao beneficiário se dá através de descontos no contracheque do titular em até dez parcelas, sem juros ou correção monetária.

Entende que a determinação da suspensão do desconto mensal das parcelas referentes ao “adiantamento assistencial” e a continuidade do tratamento do dependente ENZO, não merece ser confirmado, uma vez que foi escolha da segurada optar por profissional que acarretaria grande custo financeiro. Inexiste atestado ou reconhecimento de que outros médicos, em Vitória ou em São Paulo, não poderiam tratar o menor.

Repete o argumento de que o Dr. Rotta não é o único médico especialista na patologia, capacitado a acompanhar o tratamento, e que não houve, por parte da autora, qualquer esforço em buscar profissional conveniado, sequer requerendo ao próprio especialista indicação de profissional apto, inserto nos quadros do plano.

Aduz que a apelada somente manteve contato com a Empresa na véspera da data prevista para o procedimento cirúrgico, informando-se apenas quanto ao procedimento para o reembolso da despesa. O reembolso foi pago e a diferença foi solicitada na forma de adiantamento assistencial, que foi concedido e vinha sendo descontado na forma de cinquenta parcelas, sem juros e sem correção monetária.

A equipe do Saúde Caixa empenhou-se em acompanhar e oferecer aos pais do menor, alternativas, como o Dr. Carlos Vanderlei Medeiros Holanda e equipe, que atende no Centro Especializado de Neurologia e Neurocirurgia e Associados, na cidade de São Paulo, e que se dispôs a acompanhar o tratamento. Também o pós-operatório e seções de fisioterapia, bem como o suporte à família, foi prestado. Assim, embora compreensível que a apelada busque o tratamento com o maior especialista do país, não se concebe que o Saúde Caixa, que possui regras próprias, seja compelido a cobrir gastos com o tratamento particular, sem parâmetros para a sua fixação, partindo exclusivamente da negociação entre a apelada e o profissional contratado.

Alega, ainda, que a conduta da Caixa tem respaldo no art. 12 da Lei 9.656/98, que prevê a obrigatoriedade de reembolso de valores em casos de emergência e, ainda, observando-se os valores pagos dentro do próprio plano. Ressalta que, no caso, embora grave a enfermidade, a situação não se configura como emergência.

Por fim, entende que a condenação em honorários deve se dar na forma do art. 21 do CPC, tendo em vista a sucumbência recíproca.

Contrarrazões da apelada, às fls. 516/526, pela manutenção da sentença.

O Ministério Público Federal, às fls. 533/544, opina no sentido de que o julgamento antecipado da lide, sem produção de prova pericial, configura afronta à oportunidade de defesa, porque não conferiu oportunidade à parte autora de demonstrar a incapacidade de outros médicos apontados como aptos pela Ré, razão pela qual pugna pela nulidade do processo a partir da decisão de saneamento ou, pelo provimento parcial do recurso da CEF, no sentido de que o adiantamento assistencial foi deferido de forma excepcional e não representa reconhecimento pela Ré, de que não há especialista médico no plano, apto a tratar a enfermidade do filho da autora.

Petição, às fls. 546/547, requer o deferimento de liminar para a realização de nova cirurgia de urgência.

A decisão de fl. 550/551, dentro do poder geral de cautela do Juiz, determinou que as despesas médicas necessárias ao tratamento do filho da parte autora, se desse tal como preconizado no atestado de fl. 548, até o julgamento da apelação.

Dessa decisão, a Caixa interpôs agravo interno (fls. 558/562), visando obstá-la. A decisão foi mantida, determinando o julgamento conjunto do agravo com a presente apelação.

Nova petição da parte autora, noticiando que a recusa da Ré em custear a cirurgia realizada no paciente em 09/02/2009, configurando descumprimento de decisão judicial.

Às fls. 586, a Caixa traz documentos comprovando que cumpriu a decisão judicial de fl. 550, custeando totalmente a cirurgia realizada Julho de 2008, conforme o atestado de fls. 548. Entende que a decisão judicial não contemplou novas e futuras cirurgias realizadas por médicos não credenciados. Informa que o descumprimento informado se refere a nova cirurgia, ocorrida em janeiro de 2009, totalmente diversa daquela autorizada na decisão de fl. 550.

Este é o relatório.

Rio de Janeiro, 24 de abril de 2009.

FREDERICO GUEIROS
Relator

VOTO

Postula, a Cef, a desconstituição da sentença que a condenou a suspender o desconto mensal no contracheque da autora de parcelas relativas ao Adiantamento assistencial, bem como ao reembolso das parcelas já descontadas e quitação do débito remanescente, além de custear integralmente a continuidade do tratamento do filho da autora.

Postula, ainda, através de agravo interno, impugnar a decisão que determinou liminarmente o custeio da cirurgia realizada em Julho de 2008.

O cerne da questão consiste na obrigatoriedade ou não da apelada em arcar com os honorários dos médicos não credenciados, que efetuaram cirurgias para a retirada de tumores que afetam o Sistema Nervoso Central o paciente Enzo, que lhe ocasionam seqüelas, como a possibilidade de perda de visão.

Os planos de saúde são disciplinados pela Lei 9.656/98, que se aplica, inclusive àqueles na forma de auto gestão, como o Saúde Caixa, conforme o art. 1º, inciso II do referido diploma.

Da mesma forma, também o reembolso, está ali disciplinado. Senão, vejamos:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a

vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

...

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

Da leitura do dispositivo, resta evidente que o reembolso será obrigatório quando houver impossibilidade de utilização de serviços próprios.

Conquanto não haja abusividade em cláusulas que determinam a realização de cirurgias em hospitais e por médicos credenciados, existe nos autos, documentos que não deixam dúvida quanto à gravidade, dificuldade e complexidade do tratamento, firmado por médico credenciado da Ré, também neurocirurgião (fl. 15). Também a urgência e o risco estão demonstrados (fl. 16).

Das provas colacionadas, conclui-se que a enfermidade de ENZO, o filho da autora, é complexa e rara; Complexidade reconhecida pelo médico que primeiro o operou, Dr. JOÃO BATISTA VALLADARES (fl. 15), que se absteve de continuar o tratamento, indicando colega neurocirurgião apto a continuar o tratamento, pela dificuldade que se lhe apresentava, bem como pelos laudos do neurologista, Dr. Fabio Poton Furieri, que deixa claro que a patologia de Enzo deve ser tratada por equipe interdisciplinar, composta de neurologistas, neuro oncologistas, fisiatras e outros, ausentes no estado do Espírito Santo (fl. 24).

Embora a Ré alegue existir 2 equipes médicas credenciadas no Hospital Beneficência Portuguesa/SP, aptas a assumir o tratamento (fl. 267), fica evidente que buscou contactá-las (fl. 277/278/284/287/289), para oferecer opções dentro da rede credenciada, mas não trouxe aos autos nada concreto, limitando-se a apontar Hospitais e profissionais, sem demonstrar minimamente que estariam aptos a executar os diversos procedimentos cirúrgicos que se farão necessários ao longo da vida de ENZO. Mesmo a correspondência do Dr. Carlos Vanderlei de Holanda (fl. 276), propondo-se a acompanhar o tratamento de Enzo, se deu em resposta ao documento de fl. 277, que descreve resumidamente a patologia do segurado.

Noutro eito, a apelada menciona ter procurado médico credenciado, Dr. José Alonso, que se recusara a prosseguir no atendimento, já que outros médicos já o haviam operado, além de juntar laudos de médicos credenciados que declinaram de acompanhar o tratamento pela sua raridade e complexidade (Drs. Fabio Furieri e Dr. João Batista Valladares). Tais argumentos sequer foram contraditados pela Ré, que jamais questionou a gravidade, a raridade e urgência de tratamento, seja através da elaboração da prova pericial, seja através da prova documental, elaborada por outros médicos especializados no assunto, que poderiam esclarecer se o caso revelado era ou não de urgência, ou afastaria a necessidade de uma equipe de experts a justificar intervenção cirúrgica por médico não credenciado pelo plano de saúde.

É fato, também, que o contrato prevê que no caso de “livre escolha”, o reembolso se dará entre o menor entre os valores pagos pelo beneficiário e o constante na Tabela do Saúde Caixa. Por certo, a aplicação dessa cláusula contratual só pode ser admitida se a escolha for efetivamente livre, ou seja, a rede credenciada é dotada de profissional de mesmo gabarito, porém a escolha do beneficiário se dá em obediência a outros parâmetros, que não somente técnicos, como a confiança, a comodidade, o costume.

In casu, encontra-se a apelada limitada em sua escolha e o porquê está exaustivamente demonstrado nos autos. A Magistrada de piso deixou claro, em sua pesquisa, que Enzo sofre de uma patologia rara, que exigirá acompanhamento neurológico constante, resultante de crescimento rápido e anormal de tumores benignos que se desenvolvem no oitavo nervo do crânio e necessitam ser extirpados para minimizar seqüelas. Até para o leigo, fica

evidente que o procedimento cirúrgico para a retirada de tais tumores é bastante delicado e, por certo, exige do profissional uma habilidade ímpar, que garanta que a remoção não se dê em sacrifício dos nervos infiltrados.

Embora o contrato e a lei determinem limitação ao reembolso, por certo a razão desse contrato não pode ser esquecida, porque também prevista contratualmente: *“prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor”*.

Assim, se um lado temos o princípio da força obrigatória dos contratos, de outro, temos a dignidade e vida da pessoa humana. Estamos, pois, diante de princípios constitucionalmente resguardados que têm expressão concreta nas cláusulas contratuais em conflito, cuja solução se dará por ponderação.

Por certo a *mens legis* ao prever a limitação para reembolso, buscou, além de manter a saúde financeira das administradoras de planos de saúde, limitar abusos no uso dos serviços médicos. Tal limitação não pode, contudo, impor risco de vida ao segurado, que não pode ser alijado do tratamento considerado mais adequado e preciso.

Dessa forma, não há dúvidas que se deve priorizar a função social do contrato e o princípio da boa-fé, já que não há qualquer excludente ao tratamento da neurofibromatose tipo II e não há especialista credenciado apto a assumir o tratamento. A afirmação de que a autora apenas deseja o melhor especialista para seu filho, não me parece convincente porque, de fato, foi um médico credenciado, que realizou o primeiro procedimento cirúrgico, e, este mesmo médico indicou o especialista, Dr. Marcos Rotta. Ora, se o procedimento fosse corriqueiro, não haveria necessidade de tal indicação.

Assim, diante da urgência, da raridade e complexidade da patologia que pode necessitar de intervenções cirúrgicas delicadas, a serem realizadas

por equipe interdisciplinar altamente especializada, não disponível na rede credenciada, deve a apelante arcar com os honorários integrais dos médicos não credenciados pelo plano de saúde. Adotar a limitação de reembolso, nesse caso, significa, na prática, impor a Enzo, restrição ao seu direito à saúde e à vida, haja vista que encontra-se na terceira cirurgia.

Nesse sentido, trago à colação os seguintes julgados:

PROCESSUAL CIVIL E CONSUMIDOR. À FALTA DE PREQUESTIONAMENTO, INVIÁVEL O EXAME DO ALEGADO JULGAMENTO EXTRA PETITA - ART. 460 DO CPC. NECESSIDADE DE OPOSIÇÃO DOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. NULIDADE DE CLÁUSULA INSERTA EM CONTRATO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES, QUE EXCLUI DA COBERTURA DESPESAS REALIZADAS NO TRATAMENTO DA "DISPLASIA MAMÁRIA" E DOENÇAS "FIBROCÍSTICAS DA MAMA".

1. As duas Turmas que compõem a Segunda Seção tem traçado orientação no sentido de considerar abusiva cláusulas que limitam os direitos dos consumidores de plano ou seguro-saúde. (Resp n.434699/RS).

2. Tal entendimento cristalizou-se com a edição da Súmula 302/STJ, assim redigida: “É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”.

3. A exclusão de cobertura de determinado procedimento médico/hospitalar, quando essencial para garantir a saúde e, em algumas vezes, a vida do segurado, vulnera a finalidade básica do contrato.

4. A saúde é direito constitucionalmente assegurado, de relevância social e individual.

Recurso conhecido, em parte, e provido.

(REsp 183.719/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 18/09/2008, DJe 13/10/2008)

PLANO DE SAÚDE – REEMBOLSO – HOSPITAL NÃO CONVENIADO – LIMITAÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO – CLÁUSULA ABUSIVA.

I- O reembolso das despesas efetuadas pela internação em hospital não conveniado é admitido em casos especiais (inexistência de estabelecimento credenciado no local, recusa do hospital conveniado de receber o paciente, urgência da internação etc). Se tais situações não foram reconhecidas pelas instâncias ordinárias, rever a conclusão adotada encontra óbice no enunciado 7 da Súmula desta Corte.

II – Consoante jurisprudência sedimentada na Segunda Seção deste Tribunal, é abusiva a cláusula que limita o tempo de internação hospitalar.

Recurso especial parcialmente provido.

(REsp 402.727/SP, Rel. Ministro CASTRO FILHO, TERCEIRA TURMA, julgado em 09/12/2003, DJ 02/02/2004 p. 333)

CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS EFETUADAS EM HOSPITAL NÃO CONVENIADO. ART. 12, § 2º, DA LEI Nº 9.656/98. POSSIBILIDADE. PRECEDENTES DO STJ.

01. O art. 12 da Lei nº 9.656/98 prevê que é obrigatória a cobertura pelos Planos de Saúde de atendimento nos casos: I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente, II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

02. A obrigatória cobertura dos Planos de Saúde aos casos de emergência e de urgência é uma concretização dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e do acesso pleno à saúde.

03. Aplicável, ainda, à hipótese a regra contida no artigo 421, do Código Civil, que manda o contrato cumprir uma função social, o que serve para impedir que o pacto se transforme num instrumento para atividades abusivas, causando danos à parte contrária ou a terceiros.

04. Na hipótese dos autos, a autora necessitou de tratamento cirúrgico sob pena de, inclusive, ter o seu pé amputado. Em casos como o dos presentes autos, incide a previsão legal no sentido de compelir os Planos de Saúde ao ressarcimento das despesas efetuados pelos pacientes em hospitais não

credenciados.

05. Apelação da Caixa de Assistência dos Advogados de Minas Gerais desprovida.

06. Apelação da Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. desprovida.

(TRF 1ª Região, AC 2004.38.00.024673-7/MG, Rel.

Desembargador Federal Daniel Paes Ribeiro, Sexta Turma, DJ p.84 de 24/09/2007)

“Seguro saúde. Procedimentos médicos realizados por profissionais não credenciados, em razão de opção do autor, que preferiu adotar, em seu tratamento, o sistema de reembolso das despesas efetuadas, conforme tabela previamente estabelecida. Pretensão de reembolso integral do valor que pagou aos médicos que contratou, independentemente dos limites contratuais. Alegação de abusividade da cláusula contratual que prevê a restrição. Improcedência do pedido que se mantém. Não é abusiva, nem fere o princípio da boa-fé objetiva, a cláusula do contrato que prevê o tabelamento do valor do reembolso ao consumidor que optar por escolher livremente os profissionais médicos que o atenderão, se não alega e prova que dentre os credenciados não havia qualquer profissional capacitado a realizar o procedimento respectivo. Possível comprometimento do princípio da atuarialidade do contrato. Práticas modernas, introduzidas recentemente dentre aquelas que se dispõem ao diagnóstico do câncer de próstata. Direito do consumidor ao tratamento mais moderno e eficiente disponível para a sua doença. Inexistindo ainda previsão, na tabela da seguradora, para o reembolso do procedimento usado no tratamento da enfermidade que tem cobertura prevista pelo contrato de seguro, é razoável o entendimento do juízo de primeiro grau, com suporte nas conclusões do perito, de que se deve adotar a analogia, arbitrando o valor para o reembolso de acordo com o custo de exame semelhante, por sua finalidade e sofisticação. Recusa de reembolso quanto ao pagamento de exames não cobertos pelo contrato e que não eram indispensáveis ao êxito cirúrgico, de acordo com a perícia. Recursos aos quais se nega provimento.

(TJ/RJ, AC 2006.001.33140, 4ª Camara Cível, Des. Fernando Cabral, DJ 22/02/2007).

SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULAS RESTRITIVAS DE COBERTURA. REQUISITOS. REEMBOLSO INTEGRAL DAS DESPESAS HOSPITALARES DEVIDO. AGRAVO RETIDO. GRATUIDADE DE JUSTIÇA À PESSOA JURÍDICA.

1. Conforme assentado pelo Excelso Supremo Tribunal Federal, quando do julgamento do AgR 192715/SP, em 21.11.2006, “tratando-se de entidade de direito privado - com ou sem fins lucrativos -, impõe-se-lhe, para efeito de acesso ao benefício da gratuidade, o ônus de comprovar a sua alegada incapacidade financeira (RT 787/359 - RT 806/129 - RT 833/264 - RF 343/364), não sendo suficiente, portanto, ao contrário do que sucede com a pessoa física ou natural (RTJ 158/963-964 - RT 828/388 - RT 834/296), a mera afirmação de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários advocatícios”.

2. Caso em que a instituição agravante não demonstrou a incapacidade de arcar com as despesas processuais.

3. Todo e qualquer contrato plano ou seguro de saúde se submete ao Código de Proteção e Defesa do Consumidor, mesmo que não adaptado à Lei n. 9.656/1998.

4. Nesses contratos de adesão, as cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor, além de escritas em termos claros e com caracteres ostensivos e legíveis, devem ser redigidas com destaque (art. 54, §§ 3º e 4º do Código de Proteção e Defesa do Consumidor).

5. É nula a cláusula contratual que determina, de forma genérica, a limitação de cobertura com remissão à tabela de procedimentos elaborada pela seguradora, porquanto tal expediente, além de desobedecer o requisito de clareza imposto pelo Código de Proteção e Defesa do Consumidor, possibilita a restrição de cobertura por parte do fornecedor a qualquer tempo, sem a anuência do consumidor.

(TJ/RS, AC 70024221087, 5ª Camara Cível, Des. Paulo Sergio Scarparo, DJ 29/08/2008).

É evidente a perda de objeto do recurso de agravo, haja vista que a

intervenção cirúrgica foi realizada e custeada pela Ré, bem como a decisão proferida no julgamento do presente recurso de apelação, com a manutenção da sentença.

Do exposto, nego provimento à apelação da CEF e julgo prejudicado o seu recurso de agravo interno.

É como voto.

Rio de Janeiro, 11 de maio de 2009.

FREDERICO GUEIROS

Relator

EMENTA

SEGURO SAÚDE. REEMBOLSO DE HONORÁRIOS MÉDICOS. PROFISSIONAL NÃO CREDENCIADO. URGÊNCIA, RARIDADE E COMPLEXIDADE DA PATOLOGIA. EXISTÊNCIA DE PROFISSIONAL CREDENCIADO NÃO DEMONSTRADA. AFASTADA A LIMITAÇÃO DO REEMBOLSO PARA GARANTIR O TRATAMENTO ADEQUADO AO SEGURADO. SENTENÇA MANTIDA.

1 - Conquanto não haja abusividade em cláusulas que determinam a realização de cirurgias em hospitais e por médicos credenciados, está demonstrado nos autos a urgência, a gravidade, a dificuldade e complexidade do tratamento, a justificar a necessidade do especialista, indicado pelo neurocirurgião credenciado que primeiro atendeu o segurado.

2 – A Ré limitou-se a apontar Hospitais e profissionais, sem demonstrar minimamente que estariam aptos a executar os diversos procedimentos cirúrgicos que se farão necessários ao longo da vida do segurado.

3 - A aplicação da cláusula contratual limitadora de reembolso “ livre escolha” só pode ser admitida se a escolha for efetivamente livre, ou seja, a rede credenciada deve estar apta a fornecer serviço por profissional de mesmo gabarito. De fato, a apelada encontra-se limitada em sua escolha pela raridade da patologia que exige intervenções cirúrgicas para extirpar tumores que surgem com crescimento acelerado no oitavo nervo do crânio,

procedimento bastante delicado que exige do profissional habilidade ímpar.

4 – Se de um lado temos o princípio da força obrigatória dos contratos, de outro, temos a dignidade e vida da pessoa humana, expressos concretamente em cláusulas contratuais distintas, cujo conflito se resolve pela ponderação.

5 - A *mens legis* ao prever a limitação para reembolso, buscou, além de manter a saúde financeira das administradoras de planos de saúde, limitar abusos no uso dos serviços médicos. Tal limitação não pode, contudo, impor risco de vida ao segurado, que não pode ser alijado do tratamento considerado mais adequado e preciso.

6 - Não há dúvidas que se deve priorizar a função social do contrato e o princípio da boa-fé, já que não há qualquer excludente ao tratamento da neurofibromatose tipo II e não há especialista credenciado apto a assumir o tratamento.

7 – Recurso de Apelação improvido. Agravo interno prejudicado.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados os autos, em que são partes as acima indicadas:

Decide a Egrégia Sexta Turma Especializada do Tribunal Regional Federal da 2ª Região, por unanimidade, negar provimento ao recurso de apelação e julgar prejudicado o agravo interno, na forma do relatório e voto constantes dos autos, que ficam fazendo parte integrante do presente julgado.

Custas, como de lei.

Rio de Janeiro, 11 de maio de 2009.

FREDERICO GUEIROS

Relator