

RESPONSABILIDADE CIVIL

CONCESSIONÁRIA DE SERVIÇO PÚBLICO

Recurso
Tribunal

REsp 84.937/
STJ

QUANDO DEVE ARCAR COM AS DESPESAS

RESUMO

- Ação cominatória cumulada com indenização por perdas e danos, alegando o autor que em 01-06-1992 aderiu a plano médico administrado pela BRADESCO Seguros S/A, pagando as mensalidades estipuladas; que em 11-12-1994 foi internado no Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos, credenciado da ré, tendo depositado como caução cheque no valor de R\$ 2.500,00 devido a urgência; na oportunidade foi informado que era portador do vírus HIV; o cheque, então, não foi descontado, por força de medida liminar; em janeiro de 1995 foi novamente internado. Pretende obter a procedência da ação para tornar definitiva a liminar, manter o contrato vigente, pagar a ré a totalidade da internação iniciada em janeiro de 1995 até o final, bem assim aquela do período de 11 a 14 de dezembro de 1994. Falecido o autor, foi feita a regularização do polo ativo. A sentença julgou procedente, em parte, o pedido para tornar definitiva a medida liminar, condenar a ré no pagamento do "valor das despesas médico-hospitalares ocorridas, bem como efetuar o pagamento aos médicos, hospitais e centros de exames complementares credenciados, dos quais utilizou-se Glauco R. A. J., em vista de seu tratamento de saúde", impondo multa cominatória diária de R\$ 5.000,00, corrigidos da citação. A apelação foi provida, por maioria. Os embargos infringentes foram recebidos, em parte, cancelada a multa cominatória. Os embargos de declaração foram rejeitados. - O especial aponta, desde logo, violação ao art. 535, II, do Código de Processo Civil. Mas, não tem razão, estando sem adequada fundamentação o pedido de revisão neste flanco. Não basta indicar que houve prequestionamento explícito, mas "outros artigos não foram mencionados no V. acórdão dos infringentes", razão da interposição dos declaratórios. Ora, a própria recorrente, ademais de não apontar quais os dispositivos de Lei Federal que não teriam sido mencionados, trata de afirmar que "se por um acaso não for reconhecido o prequestionamento explícito, o implícito não poderá ser afastado". Anote-se que não vale para fundamentar o especial no que concerne ao ponto a exposição sobre a legislação do seguro e a abusividade da cláusula, na cobertura do art. 51 do Código de Defesa do Consumidor. O certo é que a argumentação desenvolvida afirma que houve o prequestionamento. Está, portanto, baldio o especial na alegada violação ao art. 535 do Código de Processo Civil, impertinente o art. 131 do mesmo Código. - No mérito, o que se está discutindo nestes autos é a cobertura de seguro saúde considerando o diagnóstico de HIV positivo, que acarretou as internações e a morte do segurado. A Corte tem enfrentado em diversas oportunidades essa matéria, sendo indispensável que se tenha presente os termos da decisão recorrida. - Neste feito, os embargos infringentes acolheram o voto vencido na apelação, em parte, que afirmou a obrigação de atendimento a todas as doenças relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, como previsto em Resolução do Conselho Regional de Medicina, e, ainda, a circunstância de ter a seguradora recebido todos os prêmios sem examinar a saúde de seu associado, com o que não pode, depois, escusar-se do pagamento da cobertura, para, finalmente, enxergar abusividade na cláusula. Para o Acórdão recorrido, reproduzindo fundamentação de precedente da Corte, da relatoria do Senhor Ministro RUY ROSADO de AGUIAR, o "segurado é um leigo, que quase sempre desconhece o real significado dos termos, cláusulas e condições constantes dos formulários que lhe são apresentados. Para reconhecer a sua malícia, seria indispensável a prova de que, (1) realmente, fora ele informado e esclarecido de todo o conteúdo do contrato de adesão, e ainda, (2) estivesse ciente das características de sua eventual doença, classificação e efeitos", sendo certo que a exigência de um comportamento de acordo com a boa-fé recai também sobre a

empresa que presta a assistência, pois ela tem, mais do que ninguém condições de reconhecer as peculiaridades, as características, a área do campo de sua atividade empresarial, destinada ao lucro, para o que corre um risco que deve ser calculado antes de se lançar no empreendimento. - O Acórdão recorrido destaca o fundamento da sentença no sentido de que o "paciente faleceu de choque hemorrágico e insuficiência hepática, moléstias cobertas pela requerida. A causa da morte não foi a presença do vírus HIV positivo. Foi a presença de doenças abrangidas pelo seguro contratado. Não há dizer

EMENTA

Afirmado nas instâncias ordinárias que não foi o segurado submetido a exame prévio e que a internação decorreu de moléstia coberta pelo plano de seguro, tem o amparo de precedentes da Corte, o julgado que impõe seja feito o pagamento reclamado.