

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

PAGAMENTO DO SEGURO

Recurso
Tribunal

REsp .
STJ

CLÁUSULA DE EXCLUSÃO — QUANDO NÃO SE APLICA

RESUMO

- O r. acórdão recorrido afirmou: "Se porque interessada em alargar seus quadros de segurados no ramo da saúde, a apelante não cuida de examinar previamente os candidatos ao contrato, não tem razão em formular queixa decorrente de sua omissão". - Assim decidindo, harmonizou-se com julgado desta Quarta Turma, cuja fundamentação adota a mesma linha de argumentação: "1. A empresa que explora planos de saúde e admite associado sem prévio exame de suas condições de saúde, e passa a receber as suas contribuições, não pode, ao ser chamada ao pagamento de sua contraprestação, recusar a assistência devida sob a alegação de que o segurado deixara de prestar informações sobre o seu estado de saúde. 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 à 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. 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 conhecer 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 que não se lhe pode permitir é que atue indiscriminadamente, quando se trata de receber as prestações, e depois passe a exigir estrito cumprimento do contrato para afastar a sua obrigação de dar cobertura às despesas." (REsp. nº 86.095-SP, Quarta Turma, de minha relatoria, DJ de 27-05-96). - Tenho por suficiente a clara exposição constante do voto do il. Desembargador Francisco de Assis Pereira da Silva: "A defendida preexistência da moléstia infecciosa (AIDS) ao tempo da contratação do seguro, já então alastrada pelo mundo, sempre em escala crescente, incuravelmente, não é causa impeditiva do cumprimento das obrigações da seguradora. Assim vem sendo iterativamente julgado neste Tribunal de Justiça, consoante revela a significativa quantidade de acórdãos trazidos aos autos pela recorrida. No julgamento do Agravo de Instrumento nº 273.501-2/1, interposto pela ora apelante contra a concessão de medida liminar, este relator observa: "Negar ao doente de moléstia insidiosa, fatal e dolorosa, os recursos da ciência médica, equivale a passar de imediato uma sentença de morte, indiferente à preservação do valor maior representado pela vida". (fl.). Se porque interessada em alargar seus quadros de segurados no ramo da saúde, a apelante não cuida de examinar previamente os candidatos ao contrato, não tem razão em formular queixa decorrente de sua omissão. O Egrégio Superior Tribunal de Justiça já deixou assente: "A empresa que explora plano-saúde e recebe contribuições de associado sem submetê-lo a exame, não pode escusar-se ao pagamento da sua contraprestação, alegando omissão nas informações do segurado. A interpretação de cláusula contratual, sobre a exclusão de despesas decorrentes de epidemia, está fora do âmbito do recurso especial (Súmula 5). Recurso não conhecido." (RSTJ 85/285). A pretendida exclusão da doença (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) tem sido afastada por fundamentação jurídica diversa, em geral vinculada a abusividade e à igualdade de tal pactuação em contrato de natureza adesiva, em afronta ao artigo 51, "caput", IV e XV, c.c. § 1º, I e II, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90). Serve de exemplo v. acórdão desta Colenda Segunda Câmara de Direito Privado, relatado pelo eminente Desembargador Antônio Cezar Peluso na Apelação Cível nº 057.002: "É especioso o argumento básico de que, na hipótese, o sistema jurídico não impõe obrigações não previstas no contrato. O de que se trata não é

de impor obrigações que o contrato não contenha, senão de reconhecer e pronunciar a invalidez e a conseqüente ineficácia de cláusula que limite ou exclua obrigação já compreendida nas virtualidades lícitas do negócio jurídico. Ou seja, o caso é de remover obstáculo prévio, unilateral e ilegítimo à exigibilidade de obrigação genérica pactuada e, com isso, de recompor o equilíbrio da avença, o qual não se situa nem afere apenas no plano das correspondências de caráter econômico ou financeiro, mas no quadro harmônico de todos os proveitos esperados pelos contraentes

EMENTA

A empresa que explora plano de seguro-saúde e recebe contribuições de associado sem submetê-lo a exame, não pode escusar-se ao pagamento da sua contraprestação, alegando omissão nas informações do segurado. - O fato de ter sido aprovada a cláusula abusiva pelo órgão estatal instituído para fiscalizar a atividade da seguradora não impede a apreciação judicial de sua invalidade.