

PIS - PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL

LEI 9.004 DE 16-03-1995

Recurso

REsp 36.455-8

CLÁUSULA EXCLUDENTE DE DETERMINADA MOLÉSTIA — SE É VÁLIDA

RESUMO

- Embora não se desconheça a existência de algumas ilustradas decisões que mandam aplicar a Lei 8.078/90 aos contratos antigos, por considerar suas normas de ordem pública, esta não é a orientação firmada nesta C. Câmara. - A autora informa que assinou o pacto em outubro de 1989 e o chamado Código de Defesa do Consumidor teve sua vigência iniciada bem depois dessa época. A avença foi livremente firmada, com pleno conhecimento das partes a respeito das disposições que a regem, pelo que não poderá ser invocado diploma posterior com o fito de anular cláusula nela contida, sob pena de afronta ao art. 5º, XXXVI, da Carta Magna. - O assunto já esteve sob o crivo do Superior Tribunal de Justiça, assentando aquela alta Corte ser inaplicável o Código de Defesa do Consumidor a contrato que lhe é anterior (REsp. 36.455-8, rel. Min. EDUARDO RIBEIRO, j. em 27.9.93). - É exatamente a posição seguida por esta Câmara, inobstante o respeito sempre devido a entendimento contrário. - Isto resolvido, constata-se que o pacto não previa cobertura de custeio para as doenças de notificação compulsória. Ora, a autora não nega a meningite viral que acometeu um de seus filhos seja de notificação compulsória, como positiva documento por ela juntado (...). - Destarte, ainda que o contrato seja de adesão e que, em princípio, a interpretação deva favorecer o adquirente do plano, o certo é que não há dúvida possível quanto ao alcance da exclusão. A avença exclui da cobertura moléstia do tipo adquirido pelo filho da acionante, não havendo razão legal para ordenar a nulidade dessa cláusula. Não se trata de condição abusiva, ou leonina, como quer a recorrente. Ao se comprometer a prestar serviços médicos e hospitalares, a ré deixou claro, previamente, que não iria cobrir determinadas doenças. Os interessados que assinarem os contratos, deverão cumpri-lo na forma prevista, restando-lhes sempre a opção de escolher outro plano que não contenha a restrição impugnada. - Por derradeiro, a resolução do Conselho Federal de Medicina evidentemente não dispõe de força para obrigar a ré ao cancelamento ou alteração de disposições contratuais antigas. Pode servir, e até seria uma excelente regra de conduta, para casos futuros e as empresas de assistência médica deveriam pensar em seguir os princípios emanados do Conselho. Contudo, para o objetivo perseguido nesta lide, a resolução é inócua. - Em resumo, o MM. Juiz deu adequado desate à causa, sem que se vislumbre violação aos artigos da Lei 8.078/90 invocados pela apelante, até porque o aludido diploma não tem aplicação ao presente caso. Ac. de 20-12-1994 Revista dos Tribunais - Maio de 1995 - Vol. 715 - Pág. 150 EMFOR 569 MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1.976-27, DE 1º DE JUNHO DE 2000 Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei: Art. 1º Os dispositivos abaixo indicados da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passam a vigorar com as seguintes alterações: "Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: I - Plano Privado de Assistência à Saúde: 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 e pagamento direto ao prestador; II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autoges

EMENTA

Ainda que o contrato de assistência médica seja de adesão e que, em princípio a interpretação deva favorecer o adquirente do plano, o certo é que não há dúvida possível quanto ao alcance da exclusão. A avença exclui da cobertura a moléstia do tipo adquirido pelo filho da conveniada (meningite viral), não havendo razão legal para ordenar a nulidade dessa cláusula. Não se trata de condição abusiva, ou leonina. Ao se comprometer a prestar serviços médicos e hospitalares, o convênio deixou claro, previamente, que não iria cobrir determinadas doenças. Os interessados que assinarem os contratos, deverão cumpri-lo na forma prevista, restando-lhes sempre a opção de escolher outro plano que não contenha a restrição impugnada.

NOTA DA REDAÇÃO

Revista dos Tribunais