

**AÇÃO DE COBRANÇA - PLANO DE SAÚDE - INTERNAÇÃO HOSPITALAR -
CIRURGIA PLÁSTICA - COMPLICAÇÃO PÓS OPERATÓRIA - CLÁUSULA
CONTRATUAL - EXCLUSÃO DE COBERTURA - INEXISTÊNCIA -
SEGURADORA - DENUNCIAÇÃO DA LIDE - DESPESAS - PAGAMENTO**

- Não existindo no contrato do plano de saúde cláusula que exclua expressamente a cobertura em caso de internação por complicações advindas de cirurgia plástica, há de ser julgada procedente a denúncia da seguradora, condenando-a ao pagamento das despesas hospitalares do segurado.

APELAÇÃO CÍVEL Nº 507.427-9 - Comarca de Belo Horizonte - Relatora: Des.^a SELMA MARQUES

Acórdão

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 507.427-9, da Comarca de Belo Horizonte, sendo apelante: Marítima Saúde Seguros S.A. e apeladas Vera Maria Lima e outra, acorda, em Turma, a Décima Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais NEGAR PROVIMENTO.

Presidiu o julgamento o Desembargador Maurício Barros (Vogal), e dele participaram os Desembargadores Selma Marques (Relatora) e Afrânio Vilela (Revisor).

O voto proferido pela Relatora foi acompanhado na íntegra pelos demais componentes da Turma Julgadora.

Belo Horizonte, 11 de maio de 2005. -
Selma Marques - Relatora.

Notas taquigráficas

A Sr.^a Des.^a Selma Marques - Conheço do recurso, presentes seus pressupostos de admissibilidade.

Trata-se de apelação interposta contra a r. sentença de f. 180/186, que julgou procedente o pedido constante na ação de cobrança ajuizada pelo Hospital Socor S.A. contra Vera Maria Lima e Maria de Fátima Duarte, bem como a denúncia de Marítima Saúde Seguros S.A.

Inconformada, f. 187/197, busca a denunciada Marítima Saúde Seguros S.A. a reforma da r. sentença, alegando que recusou e recusa a presente denúncia, pois a apelada Vera Maria Lima mantinha à época do evento noticiado, qual seja a complicação pós-cirúrgica, um contrato de plano de saúde com a recorrente que excluía expressamente as despesas

decorrentes de cirurgias estéticas, como fora o caso da cirurgia a que fora ela submetida.

Ressaltou que a mencionada intervenção não foi custeada pela seguradora, sendo nítido onexo causal entre a realização do referido procedimento, mamoplastia redutora, e a ocorrência do tromboembolismo pulmonar ocorrido, sendo óbvio que, excluída a cirurgia plástica da cobertura do plano, conseqüentemente as complicações advindas dessa também não se encontram acobertadas.

Disse não poder ser imposta à seguradora uma obrigação não assumida no contrato do plano de saúde estabelecido entre as partes, não havendo falar, ainda, em qualquer abusividade no contrato em questão.

No entanto, sem razão a recorrente, devendo a seguradora arcar com todas as despesas hospitalares efetuadas por sua segurada junto ao Hospital Socor.

Isso porque se vislumbra da simples leitura da cláusula 10 das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde avençado entre as partes, f. 140/165, que as despesas não cobertas pelo plano de saúde são, entre outras, as cirurgias, tratamentos e/ou exames com finalidade estética e/ou embelezamento, nada dispondo no tocante às possíveis complicações advindas desse tipo de procedimento.

Aliás, em nosso ordenamento, é cediço que as cláusulas contratuais, mormente em se tratando de contrato de adesão, como o que ocorre no caso vertente, omissas ou obscuras, devem ser interpretadas de forma mais favorável ao segurado.

Cabe trazer, aqui, as palavras do ilustre doutrinador Carlos Maximiliano, ao dissertar sobre o tema das cláusulas obscuras existentes em contratos de seguros em geral, *verbis*:

Assim, pois, as dúvidas resultantes de obscuridade e imprecisões em apólices de seguro interpretam-se contra o segurador. Presume-se que ele conheça melhor o assunto e haja tido inúmeras oportunidades práticas de veri-

ficar o mal resultante de uma redação, talvez propositadamente feita em termos equívocos, a fim de atrair a clientela, a princípio, e diminuir, depois, as responsabilidades da empresa na ocasião de pagar o sinistro (*Hermenêutica e Aplicação do Direito*, p. 433-434).

Tal posicionamento está consagrado no art. 47 da Lei 8.078/90:

As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.

Vale destacar, também, este excerto do voto do em. Min. Athos Gusmão Carneiro:

Ora, Sr. Presidente, sempre que determinadas cláusulas contratuais oferecem a possibilidade de mais de uma interpretação, parece-me cumpre seja adotada a interpretação em desfavor do outorgante, daquele que redigiu, ou sob cuja orientação foram redigidas as cláusulas contratuais. No caso, é um contrato de adesão. São cláusulas estipuladas previamente pela empresa seguradora. Se ela as estipulou de uma forma a propiciar divergências, a ensejar dúvidas, creio que essas dúvidas hão de ser resolvidas em favor da parte que confiou no texto e contratou o seguro (*idem*, p. 275).

E ainda:

Direito Civil. Contrato de seguro-saúde. Transplante. Cobertura do tratamento. Cláusula dúbia e mal redigida. Interpretação favorável ao consumidor. Art. 54, § 4º, CDC. Recurso especial. Súmula/STJ, Enunciado nº 5. Precedentes. Recurso não conhecido. I - Cuidando-se de interpretação de contrato de assistência médico-hospitalar, sobre a cobertura ou não de determinado tratamento, tem-se o reexame de cláusula contratual como procedimento defeso no âmbito desta Corte, a teor de seu verbete sumular nº cinco. II - Acolhida a premissa de que a cláusula excludente seria dúbia e de duvidosa clareza, sua interpretação deve favorecer o segurado, nos termos do art. 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor. Com efeito, nos contratos de adesão, as cláusulas limitativas ao direito do consumidor contratante deverão ser redigidas com clareza e destaque, para que não fujam de sua percepção leiga. Decisão. Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Quarta Turma do Superior Tribunal

de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, por unanimidade, não conhecer do recurso. Votaram com o Relator os Ministros Barros Monteiro, César Asfor Rocha, Ruy Rosado de Aguiar e Aldir Passarinho Júnior (STJ, REsp. 311.509, Proc. 2001.00.31812-6/SP, 4ª T., Rel. Sálvio de Figueiredo Teixeira, *DJ* de 25.06.01, p. 196).

Tem-se, ainda, em consonância com a cláusula 8.1.1, alínea *a*, que, em relação às internações em aposento ou Unidade de

Terapia Intensiva (UTI), não existe limite de quantidade de diárias, o que corrobora com a obrigação da seguradora de arcar, não só com uma diária de sua segurada, mas com todas as despesas efetivadas.

Por todo o exposto, nego provimento ao recurso e mantenho a sentença hostilizada por seus bem lançados fundamentos.

Custas recursais, pela apelante.

-:-:-