

Revista de Informação Legislativa

Brasília • ano 34 • nº 135

julho/setembro – 1997

Subsecretaria de Edições Técnicas do Senado Federal

Seguro-saúde, responsabilidade civil médica e ordem social

VOLTAIRE MARENSI

Seguro-saúde, responsabilidade civil médica e ordem social, *stricto sensu*, é o tema proposto nestes comentários, que acredito atuais frente à realidade palco de novos fatos sociais.

Assim, cabe, em primeiro lugar, o registro de que a instituição do seguro-saúde foi prevista pelo legislador ordinário, com o advento do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, que dispôs em seu art. 129, *verbis*:

“Fica instituído o seguro-saúde para dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar”.

Esse seguro-saúde ainda não foi regulamentado adequadamente, dando azo a leis esparsas em torno de uma matéria que, a meu juízo, mereceria um melhor estudo por parte de todos os brasileiros, já que se trata de um dever do Estado. Assim, enfermidades que atingem os indivíduos, tais como doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas, Aids, transplantes, etc., são, via de regra, excluídas dos contratos de seguro-saúde.

Com o aumento significativo do número de casos de Aids e das doenças acima ressaltadas, no Brasil, a par de um Sistema Único de Saúde sem recursos suficientes para atender o grande número desses pacientes, os enfermos com planos privados de saúde a eles recorrem, sem que obtenham a devida cobertura legal para essas doenças.

Diante desse quadro caótico, em 11 de novembro de 1993 foi editada a Resolução nº 1.401, do Conselho Federal de Medicina, que, a seu tempo, foi objeto de altas polêmicas, hoje suspensa sua aplicabilidade pela Justiça. O art.1º dessa Resolução, dizia:

“As empresas de seguro-saúde, empresa de medicina de grupo, coope-

rativas de trabalho médico, ou outras, que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médicos hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza”.

Com a edição daquela Resolução, as companhias de seguro, com a autorização dos órgãos competentes, normatizaram, por meio de cláusulas previstas em suas condições gerais, que

“estão expressamente excluídos de cobertura os tratamentos realizados em pacientes portadores de Aids, sintomáticos, ou em pacientes portadores do vírus da Imunodeficiência, não sintomáticos, anteriormente à contratação do seguro”.

A matéria inclusive já foi palco, em 22.4.96, de julgamento pelo Egrégio Superior Tribunal de Justiça, quando no Recurso Especial 86.095, sendo relator o Ministro Ruy Rosado de Aguiar, assim se decidiu:

“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. A interpretação de cláusula contratual, sobre a exclusão de despesas decorrentes de epidemia, está fora do âmbito do recurso especial”.

No bojo do voto preferido, disse o eminente relator:

“A Aids não é uma doença de hoje, já que detectada no início do decênio de 1980. Tem se alastrado, isso é certo, pelo mundo a fora, nesses anos todos, de forma vertiginosa e preocupante.

Quando o apelado, *rectius*, recorrido ingressou no plano de saúde mantido pela apelante (no caso a seguradora), a doença e suas conseqüências já eram por demais conhecidas, e nem poderiam ser ignoradas, especialmente pela apelante, dado o ramo de sua atividade. O número de portadores da Sida, nessa ocasião, já era considerável, com projeções alarmantes de grande aumento, o que se

constituía em preocupação para os órgãos mundiais de saúde”¹.

De outra parte, cabe o registro de que a matéria não está pacificada nos Tribunais Estaduais. Nesse sentido, a título ilustrativo, colho passagem de julgamento proferido em Agravo de Instrumento nº 2.585/96, da 1ª Câmara do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, relator Desembargador Marlan Marinho, assim vasada:

“Aliás, a inteira falta de fundamento da decisão liminar deixa à mostra tal circunstância, pois o fato de ser o Código Civil de 1916, não autoriza o juiz desconhecer suas regras ou a descompri-las, como aconteceu na espécie. A vetustez das normas do contrato de seguro, por si só, convenhamos, não as torna ineficazes, nem torna a cláusula contratual através da qual as partes limitaram os riscos do seguro, como a que, na hipótese, exclui a cobertura da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

Não fosse isso, ainda que se entenda flagrantemente nula a cláusula limitadora de risco, por se tratar de contrato de seguro de saúde, de natureza especial, mesmo assim, a liminar não poderia ser deferida como o foi, sem qualquer restrição. Porque, como informa o próprio agravado, a apólice cobre, no máximo, noventa (90) dias de internação”².

Calha, ao ensejo, pronunciamento da sanitarista Lígia Bahia, *verbis*:

“As seguradoras brasileiras deveriam seguir o exemplo das empresas americanas do ramo. Nos Estados Unidos, quem fizer exames médicos periódicos paga menos pelo seguro de vida. Aqui não há investimentos na medicina preventiva. Os exames periódicos são mal aplicados, não servem para detectar um mal, mas para empregar ou desempregar”³.

A saúde, por outro lado, foi alçada a nível constitucional, na Constituição Federal de 1988, que ao cuidar do artigo 196 estabelece:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas

¹ MARENSEI, Voltaire. *O seguro no Direito brasileiro*. 3. ed. Síntese, 1996. p. 193.

² *Revista dos Tribunais*, v. 735, p. 376-377, jan. 1997.

³ *Revista de Seguros*, p. 16, jan./mar. 1997.

sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Vislumbra-se nessa formulação o enfoque social, inclusive referendado pela sanitarista acima nominada, no sentido de que os exames periódicos viabilizam, por parte dos segurados, um pagamento menor dos prêmios efetivados junto às seguradoras, a exemplo do que já se verifica em legislações estrangeiras.

É verdade que, com o evoluir dos fatos sociais, as companhias de seguro adotam, atualmente, as chamadas *coberturas opcionais*, desde que haja uma solicitação feita por escrito pelo segurado e uma vez pago o prêmio adicional respectivo, resguardando às condições gerais da apólice de seguro-saúde.

O respaldo legal dessas manifestações elevadas a nível contratual está estribada, a meu sentir, na disposição do art. 1.466 do Código Civil, que assim reza:

“Pode ajustar-se o seguro, pondo certo número de segurados em comum entre si o prejuízo, que a qualquer deles advenha, do risco por todos corrido”.

Por outro lado, as empresas que administram planos e seguros de saúde poderiam oferecer descontos, como acontece nas legislações mais adiantadas, onde o controle dos riscos, como assinalou a ilustre sanitarista acima nominada, é efetivado com o auxílio da medicina preventiva.

O fato é que a nossa legislação é totalmente omissa nesse particular, com a existência de programas de medicina preventiva de pouca significação, além de se contar com impedimentos previstos pelo Código de Ética Médica.

Porém, a grande realidade é que o Sistema Financeiro Nacional, previsto pelo legislador na Constituição Federal de 88, especificamente o inciso II do art. 192, vislumbra a regulamentação da matéria em sede de lei complementar, com autorização e funcionamento dos estabelecimentos de seguro, resseguros, previdência e capitalização, bem como do órgão oficial fiscalizador.

De tal arte, na falta de uma sistematização atualizada da matéria, aliada à falta de exames médicos preventivos, bem como o incremento cada vez maior de doenças desconhecidas carregam a todos os segmentos, que gravitam em torno desse tema a uma determinada *zona*

griz, atuando como verdadeiro flagelo à saúde brasileira.

É por isso que o Ministro da Saúde, Carlos César de Albuquerque, ao tratar do Ano da Saúde no Brasil/97, enfatizou:

“O Ano da Saúde tem o objetivo de organizar de forma conseqüente e articulada as ações do Governo Federal relacionadas com a saúde, fazendo com que Estados e municípios assumam integralmente suas responsabilidades, convocando os meios de comunicação para a tarefa de conscientizar as pessoas sobre a prevenção de doenças, controlando e fiscalizando planos de saúde privados e, destarte, agindo com coragem e firmeza no combate às fraudes, garantindo à população um atendimento digno nos postos de saúde e nos hospitais”⁴.

Diante deste quadro, inclusive com a discussão da matéria relativa ao Sistema Financeiro Nacional, que regulamenta o art. 192 da Constituição Federal, sob Projeto de Lei Complementar nº 47, de 1991, hoje com o substitutivo do Parecer do Relator desta Comissão, Deputado Saulo Queiroz, levado em sala da Comissão aos 13 de maio próximo passado se acelerou o Grupo de Trabalho Interministerial, dos Ministérios da Saúde, Justiça e Fazenda, no sentido de regulamentar os Planos e Seguros de Assistência à Saúde.

Num esboço superficial deste anteprojeto, que se declinará a título de ilustração, se abordará os temas tratados neste trabalho. O primeiro diz respeito ao caráter abrangente da regulamentação, que engloba as empresas ou entidades de medicina de grupo, cooperativas de serviços médicos ou odontológicos, seguradoras, empresas ou entidades de autogestão e outras pessoas jurídicas que ofereçam ou comercializem planos de assistência à saúde.

Na definição de assistência à saúde se prevê, em seu art. 5º, a assistência ambulatorial, hospitalar, odontológica, laboratorial e outras.

Dentro dos limites operacionais de atuação se propõe a forma de medicina de grupo, cooperativas, seguradoras e autogestão com reembolso no atendimento de prestadores credenciados, em caráter exclusivo aos associados, empregados ou dirigentes, vedada à comercialização pública.

⁴ ALBUQUERQUE, Carlos César de. *Ações e metas prioritárias*. Ministério da Saúde, 1997. p. 7.

As entidades operadoras também foram previstas nesse projeto de lei. Como órgão regulador e normatizador estabeleceu-se o Conselho Nacional de Seguros Privados, que, se for aprovado o Projeto de Lei Complementar nº 47/91, acima referido, será modificado por uma composição mais abrangente, com a nomenclatura de Conselho Financeiro Nacional, *ex vi*, do art. 4º.

O órgão executivo, vale dizer, o qual fiscalizará essas entidades, estará afeto a Susep, aliás, mantida na regulamentação da norma constitucional.

Existem exigências básicas de operação, tais como registro prévio nos conselhos profissionais, discriminação dos serviços próprios e credenciados, definição da capacidade básica e técnica de atendimento, com viabilidade econômico-financeira, inclusive com especificação da área geográfica de atendimento.

Nesses seguros e planos estarão englobados todos os eventos constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da OMS, bem como atividades de promoção e proteção à saúde definidas pelo Ministério da Saúde, resguardando o caráter de excepcionalidade em cada negócio jurídico avençado.

O projeto limita o tempo de internação hospitalar, que, a meu juízo, retrata a verdadeira estratificação estabelecida em dados atuariais. Uma das grandes disposições previstas nesta legislação contempla a figura do idoso, que não mais ficará alijado destes planos ou seguros, aliás, guardando identidade com princípio de isonomia constitucional.

A questão da livre resolubilidade pela seguradora, matéria que adiante traço um paralelo com o direito português, está prevista no anteprojeto, salvo os casos de inadimplência do associado ou segurado.

Há, também, a garantia de ressarcimento ao SUS, inclusive com a instituição do fundo de custeio dos procedimentos de alto custo.

Quanto aos prestadores de serviços, a lei prevê definição de deveres, obrigações e limitações notadamente nas entidades sem fins lucrativos.

A regulamentação da corretagem do seguro, bem como os direitos e deveres dos associados e segurados estão tipificados nesse anteprojeto.

Quanto à fase de transição destes planos e seguros, o legislador utilizou-se da Lei nº 6435/77, que trata da Previdência Privada.

No tocante às reservas técnicas e respectiva fiscalização da Susep, a lei também não deixa de regrear em relação à matéria.

Há obrigatoriedade, pela regulamentação, no sentido de que as entidades operadoras obrigam-se a fornecer, em caráter mensal, informações epidemiológicas gisadas em portaria do Ministério da Saúde, assim como de participar de Campanhas de Prevenção e Educação à Saúde.

As hipóteses de intervenção e liquidação extrajudicial, como também das penalidades legais aos dirigentes, não escapuliram do arguto juízo de valor previsto pelo legislador, muito embora as punições de ordem penal não sejam bem vistas, *data venia*, pela boa doutrina em matéria de legislação repressiva extravagante.

A outra parte objeto deste trabalho se relaciona ao tema da responsabilidade civil, médica e hospitalar, que se abordará, em linhas gerais, a fim de seguir a exposição do tema acima previsto.

Um dos melhores trabalhos, atuais, já escritos sobre a responsabilidade civil do médico foi elaborado pelo Ministro Ruy Rosado de Aguiar Júnior, ilustre integrante do Egrégio Superior Tribunal de Justiça, que em certa altura de seus ensinamentos ao tratar da matéria, assim enfatizou:

“As expectativas do doente não só por isso se ampliaram: a seguridade social estendeu o uso dos serviços médicos. E o doente, que também é um segurado, confunde facilmente o direito à seguridade com o direito à cura: se esta não ocorre, logo suspeita de um erro médico. “Chammard, Georges Boyer, et Monzein, Paul, *La responsabilité médicale*, Presses Universitaires, 1974, p. 2”⁵.

Nesse sentido, em princípio, médicos e cirurgiões não podem empreender nenhum tratamento ou intervenção, sem haver tido o consentimento do enfermo.

Ao azo desta colocação acima registrada, valho-me de uma passagem de “Mazeaud e Tunc – Responsabilidade Civil”, quando afirmam:

“A questão se apresenta com bastante freqüência quando o cirurgião descobre, no curso de uma operação, uma lesão mais grave de que havia diagnosticado,

⁵ AGUIAR JR, Ruy Rosado de. *Responsabilidade civil do médico*. RT, 718, p. 34.

mas que exigiria uma intervenção mais ampla ou diferente da que se havia previsto”⁶.

Com base no exemplo acima registrado por aqueles notáveis cultores da responsabilidade civil, apresso-me em constatar a seguinte hipótese fática:

E se o médico pensando, no curso de uma operação cirúrgica, tratar-se de uma simples hérnia de hiato, posteriormente vem a se deparar com uma úlcera perfurada, apresentando, ainda, o paciente sérios problemas cardiovasculares devido à obstrução de várias artérias, o que deve fazer? Diligenciar para salvar o paciente, ou consultar a entidade que agrega este participante ou segurado, a fim de saber se aquele terá cobertura em seu plano de seguro-saúde?

Sob o ponto de vista da ética médica, acredito que não haveria nenhuma resistência em adotar a conduta mais humana possível, já que o valor vida está sobreposto a qualquer outro bem. Mas esta indagação é jogada nesta palestra, apenas como elemento de reflexão, visando apresentar uma hipótese em “n” possíveis de ocorrer e, de consequência, de se deparar a medicina frente à responsabilidade civil e suas coberturas nos respectivos planos de seguro-saúde.

A matéria da responsabilidade civil dos médicos, lembra Aguiar Dias, que a tendência observada por Jossierand na jurisprudência francesa acabou por firmar-se definitivamente, depois do famoso julgado de 20 de maio de 1936, pela Câmara Cível da Corte de Cassação. Mostra, ainda, com razão, que, malgrado colocada entre os casos de responsabilidade aquiliana, no nosso Código Civil a responsabilidade desses profissionais é contratual⁷.

Diante desse exemplo dado, à guisa de ilustração, no Recurso Especial nº 27.039/SP, relator Ministro Nilson Naves, o Egrégio Superior Tribunal de Justiça já decidiu:

“Médico. Direito de internar e assistir seus pacientes. Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM 1.246/88, artigo 25. Direito de propriedade. Código Civil, art. 524. Decisão que reconheceu

o direito do médico, consubstanciado na resolução, de “internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição, não ofendeu o direito de propriedade, estabelecido no artigo 524 do código Civil. Função social da propriedade, ou direito do proprietário sujeito a limitações. Constituição, artigo 5º, XXIII”⁸.

A decisão acima transcrita parece que não se harmoniza com as observações tecidas por “Jean Penneau, *La Réforme*, p. 528; Markesinis, Basil, *Problèmes de Responsabilité Médicale en Droit Anglais, Revue Internationale de Droit Comparé*, 1988, nº 2, p. 351-356. Para esses autores mencionados, uma seria a relação constituída entre o médico e a empresa ou o hospital público, e outra entre empregado com a empresa, ou entre o segurado com a instituição de seguridade, mas não haveria contrato entre o médico e seu paciente”⁹.

Por outro lado, em recente publicação na *Revista dos Tribunais*, janeiro de 1997, o Tribunal de Alçada de Minas Gerais, nos embargos infringentes, na Apelação Cível nº 197.047-8/01, relator Juiz Almeida Melo, decidiu:

“É devida a indenização, inclusive pelos danos morais e estéticos sofridos por paciente menor de idade, quando a lesão nele causada decorreu de inadequado atendimento médico prestado no primeiro hospital em que fora internado, não configurando a culpa concorrente de seus genitores o fato de o haverem retirado daquele estabelecimento em busca de melhores serviços em outro nosocômio, hipótese em que incide a regra da responsabilidade objetiva, prevista no art. 37, parágrafo 6º, da Constituição Federal”¹⁰.

Cuidando-se de obrigação de meio, salvo as hipóteses de medicina estética em que o resultado visado é aquele em que as partes contratantes, vale dizer, o cirurgião e o paciente previram o final da operação realizada por meio de gráficos, desenhos, ou projeção computadori-

⁶ MAZEAUD, TUNC, *Tratado teórico y práctico de la responsabilidad civil*. Buenos Aires : Ed. Jurídicas Europa América, 1962. p. 179.

⁷ GONÇALVES, Carlos Roberto. *Da responsabilidade civil*. Saraiva, 1995. p. 265.

⁸ *A Constituição na visão dos Tribunais*. 1997. v. 3, Saraiva, p. 1273.

⁹ AGUIAR JR, op. cit., p. 35.

¹⁰ *Revista dos Tribunais*, v. 735, p. 384.

zada etc., o médico tem sua responsabilidade civil gizada no art. 1.545 do Código Civil, que preceitua:

“Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência, ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimento”.

Em igual sintonia a matéria está versada na Lei nº 8.078/90, conhecida como Código do Consumidor, quando no parágrafo 4º, do art. 14 determina

“que a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.

Por fim, quanto ao tema da responsabilidade civil, em sede Judicial ficará adstrita a todos os meios de prova em Direito admitidos, levando-se em conta sempre o princípio da boa-fé, aliás, consagrado, de modo expresso, no parágrafo 242 do BGB, sem se olvidar que no contexto da responsabilidade estabelecida no contrato de prestação médica, o paciente terá que demonstrar que o serviço não foi cumprido adequadamente.

Via de regra, como ressaltou J.M. de Carvalho Santos, respaldado na literatura estrangeira, o médico, no exercício de sua profissão, só pode ser responsabilizado quando se prova ter ele cometido uma falta grave indicativa de inexperiência e imperícia manifestas. – Dec. do Trib. Civil de Marselha, de 4 de junho de 1903. F. PHYLY AINÉ, Jurisp. cit., n. 374, p. 97.¹¹

Nesta linha de pensamento, pode-se atribuir em matéria de responsabilidade civil médica indicativo registrado na erudita obra do jurista português Luiz da Cunha Gonçalves, de que

“o norte a atender em matéria de responsabilidade é este: deve reparar o dano quem se arriscou, com ou sem intenção de tirar proveito, a exercer, por si ou por via doutrem, uma atividade qualquer, positiva ou negativa que resultou esse dano”¹².

¹¹ SANTOS, J.M. de Carvalho. *Código Civil brasileiro interpretado*. v. 31, Freitas Bastos, 1961, p. 265.

¹² GONÇALVES, Luiz da Cunha. *Tratado de Direito Civil*. v. 1, t. 2, - Ed. Max Limonad, 1955. p. 523-524.

Tal interpretação, registra o ilustre jurista Ruy Rosado de Aguiar Júnior,

“mais recentemente, vale dizer, em 21.02.91, a Corte de Versailles, reconhecendo a existência de uma obrigação de meios, condenou o cirurgião plástico que não comparou convenientemente os riscos e os benefícios de uma operação considerada prematura, deixando de fornecer a exata informação de todos os riscos (Recueil Dalloz-Siry, 1993, p. 29)”¹³.

Para arrematar esta exposição quanto ao tema da responsabilidade civil médica, pode-se constatar que o uso do seguro devido a erro médico, ou profissional, é pouco utilizado, quer porque a renda destinada ao uso do seguro no Brasil ainda não se generalizou como nos demais países adiantados, quer porque, em verdade, existem poucas ações de indenização em relação aos inúmeros casos em que as partes acreditam terem sido lesadas, mas que, por um motivo ou outro, não são levadas adiante.

Por derradeiro, atendendo em última análise programas de ordem social para a melhoria e a qualidade dos serviços de saúde, o titular da Pasta traçou a seguinte mensagem como perspectiva de uma visão a ser logo desencadeada:

“Será estimulada a criação de consórcios intermunicipais e interestaduais de saúde, de maneira que os hospitais, as emergências e os serviços especializados de determinada região atuem de maneira integrada e coordenada. A formação de consórcios intermunicipais será coordenada pelos Estados, e os interestaduais diretamente pelo Ministério.

Será feito um esforço especial para integrar na gestão plena, sob a forma de consórcio, os municípios que façam parte das regiões metropolitanas das grandes cidades brasileiras”¹⁴.

Com estas determinações acredito que se atenderá à descentralização política e administrativa, cabendo, no dizer abalizado de José Afonso da Silva,

“a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos respectivos programas às esferas estaduais e municipais, bem como a entidades beneficentes e de assistência social”.

¹³ AGUIAR JR. op. cit., p. 39-40.

¹⁴ ALBUQUERQUE. op. cit., p. 9-10.

Também, como arremata o festejado constitucionalista, “a participação da população”, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis certamente contribuirá para uma efetiva realização de uma autêntica assistência social à população brasileira¹⁵.

Penso que com estes propósitos somados à elaboração de um diploma dirigido ao mercado de seguros, a exemplo de uma codificação securitária, poderiam melhor estruturar e reordenar métodos e normas dirigidas ao bem comum.

Nesta esteira de pensamento, a “Proposta de Regulamentação dos Planos e Seguros de Assistência à Saúde”, elaborada pelos Ministérios da Saúde, da Justiça e da Fazenda, como se ressaltou anteriormente neste trabalho, prevê no parágrafo único de seu art. 39 que

“As Entidades Operadoras submeterão à Susep o seu programa de ajustamento, indicando os recursos que serão aportados ao capital ou ao patrimônio líquido”.

Por outro lado, existem inúmeros projetos de lei tramitando no Congresso Nacional, sem que se tenha, até o presente momento, um estatuto orgânico e sistemático a teor do enunciado constitucional previsto no artigo 197 da Constituição Federal de 1988.

Acredito que a regulamentação, fiscalização e controle, com sua execução, quer por pessoa física ou jurídica de direito privado, imporá aos serviços de saúde uma melhoria a todos os que possam deles se valer, evitando-se procedimentos legais, a exemplo de várias ações diretas de inconstitucionalidade, com pedidos de efeitos cautelares interpostas perante o Supremo Tribunal Federal, com o escopo de cassar dispositivos legais. Essas ações, em síntese apertada, procuram alforriar as seguradoras da responsabilidade pela cobertura de custos e gastos decorrentes de tratamentos médicos de enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS), independentemente da vontade das seguradoras, posto que essas doenças não se acham previstas nos respectivos contratos de seguros. Esses pedidos têm encontrado guarida, com voto favorável pela maioria do Supremo Tribunal Federal, a exemplo da ADIn

¹⁵ SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 13. ed. Malheiros, p. 764.

nº 1.595-8-SP, que teve como relator o Ministro Nelson Jobim.

Isso também se deve ao fato de não termos uma situação legal conhecida nos contratos de seguro de doenças como “*a questão da livre resolubilidade* pela seguradora”, a exemplo do direito português, art. 21, do Decreto-Lei nº 176/95, de 26 de julho, e da legislação francesa, de modo específico. Esse direito de resolução, relativamente ao seguro de doença, segundo a previsão do nº 2 do sobredito art. 21 da lei portuguesa inclui a não-renovação, quer pela seguradora, quer pelo tomador, vale dizer, o segurado¹⁶. Por isso, como ressaltai no decorrer desta exposição, o referido anteprojeto encampado pelos Ministérios citados prevê, de modo expresso, tal hipótese legal.

Como derradeiro, quanto ao tratamento jurídico no direito pátrio, dispensado a enorme gama de endemias, que seriam objeto ou não de cobertura securitária, o legislador ordinário andou bem, quando previu no art. 26, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que os critérios e valores da cobertura assistência serão aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, para, logo em seguida, no parágrafo 2º, deste dispositivo, estabelecer:

“Parágrafo 2º – Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato”.

Para finalizar, penso que o equilíbrio econômico e financeiro do contrato estabelece o princípio da proporcionalidade, que como se registrou alhures, está consagrado em dispositivo do Código Civil, denominado como seguro mútuo. Neste ajuste, se encontra imbricada aquela regra, de que

“certo número de segurados em comum repartem o prejuízo, que a qualquer deles advenha, do risco por todos corrido”.

Diante deste princípio, vale dizer, da proporcionalidade se cristaliza o binômio custo-benefício, para o qual tanto os segurados como os seguradores estarão acobertados em normas e preceitos éticos, equação fundamental para bom termo de todo e qualquer contrato jurídico.

¹⁶ OLIVEIRA, Arnaldo Filipe. Contratos de seguros face ao regime das cláusulas contratuais gerais. *Boletim do Ministério da Justiça*, v. 448, p. 73 e 84, jul. 1995.