

TRIBUNAL DA RELAÇÃO DE LISBOA | CÍVEL

Acórdão

Processo	Data do documento	Relator
11689/17.1T8LSB.L1-2	10 de outubro de 2021	João Vaz Gomes

DESCRITORES

Contrato de prestação de serviços > Serviços de saúde > Dever de informar > Dívida hospitalar

SUMÁRIO

I- Tratando-se, ao que tudo indica, de um contrato de prestação de serviços de saúde total com um contrato de seguro de saúde que se afigura como sendo um contrato a favor de terceiro- neste caso o Hospital prestador- e que este último aceitou, comprovando-se que o Hospital ou Clínica prestadora dos serviços, não obstante a expressa letra da lei, não teve a consciência do dever de informar o utente e o acompanhante nos termos legais, pois não se demonstrou que alguma vez tenha convocado uma reunião com os familiares, designadamente com o filho acompanhante, para o pôr a par do teor da Autorização Clínica e da limitação de responsabilidade que a seguradora, desde logo, avançava- pagamento que, posteriormente, ao que tudo indica da motivação da decisão de facto veio a recusar com base num desentendimento das duas entidades associadas do SAMS e da MÉDIS- da situação da doente e das fases de atendimento médico expectáveis, descurou, assim, os designados deveres acessórios de cuidados e de protecção que sobre o Hospital Autor recaiam em razão do contrato que com a doente celebrou, sem deixar de ter presente que, sendo o 1.º réu o acompanhante de sua mãe, sobre ele também recaia um dever de se informar, designadamente junto dos serviços administrativos do Hospital, relativamente à existência do termo de responsabilidade e do seu conteúdo.

II- Sendo o disposto no art.º 570, do CCiv, aplicável no domínio da responsabilidade contratual como o admitem a doutrina e a jurisprudência porque a omissão do dever de informar o réu relativamente ao estado de saúde e às circunstâncias em que decorria o internamento de sua mãe, designadamente no âmbito do contrato de seguro, sendo manifestamente concausal do dano, afigura-se bem mais gravoso para o agravamento dos danos traduzidos na continuação do internamento em cuidados paliativos, inviabilizando assim qualquer tomada de posição por parte do 1.º réu acompanhante, designadamente no que concerne à continuação da mãe naquela unidade hospitalar, acompanhante que, por outro lado, se não demonstra ter sido diligente na obtenção dessa informação, beneficiando a sua mãe dos serviços e tratamento como beneficiou, entende-se equitativo, justo e proporcional que o valor dos serviços e tratamentos prestados e facturados pela Autora seja suportado pela própria Autora em 70% devendo a responsabilidade da herança ser reduzida a 30%.

TEXTO INTEGRAL

Acordam na 2ª Secção do Tribunal da Relação de Lisboa:

I - RELATÓRIO

APELANTE/RÉU: JD, na qualidade de único herdeiro de MAD (representada em juízo pelo ilustre advogado FB, com escritório na Beloura, conforme cópia do instrumento de procuração de 4/9/..., a fls. ... v.º, dos autos físicos).

APELADOS: AUTOR HOSPITAL CUF SANTO, S.A (representada em juízo, entre outros, pelo ilustre advogado LR, com escritório em Lisboa, conforme cópia do instrumento de procuração de 21/3/..., a fls. ... v.º dos autos físicos).; CO-RÉU AD, absolvido do pedido (representado em juízo, entre outros, pela ilustre advogada MO, com escritório em Lisboa, conforme cópia do instrumento de procuração de 9/10/..., a fls. ... dos autos físicos)

Com os sinais dos autos. Valor da acção: 16.311,19 euros (fixado no saneador ref.ª 389722067)

I.1 Inconformado com a decisão de 19/10/2020 (ref.102242031) que, julgando a acção parcialmente procedente e em consequência condenou JD a reconhecer como passivo da herança aberta por morte de MAD a quantia de 15.679,71 euros mais juros de mora desde a citação daquele até efectivo pagamento e a satisfazer o referido crédito com os bens da herança de MAD, dela apelou o Autor em cujas alegações em suma conclui:

1. A paciente era doente oncológica desde 2004 tornando-se após a recidiva doente oncológica metastizada a partir de 2012 e sempre foi assistida no hospital autor, dirigiu-se ao serviço das urgências deste em 16/8/2016 onde ficou internada em hemato/oncologia até 16/10/2016 data em que faleceu, a mãe do recorrente dirigiu-se ao hospital autor na qualidade de doente integrada e beneficiária das condições gerais da apólice de aúde constantes do Plano de Saúde para os colaboradores do Millenium que define os termos em que a MÉDIS deve assegurar a gestão e cuidados de saúde no âmbito do sistema de saúde para os colaboradores do Millenium e que tem as coberturas de saúde de que o 2.º reu Aníbal é beneficiário e de que a assistida beneficiou directamente pro ser cônjuge daquele tendo a assistência decorrido no âmbito de um sistema procedimental entre a Autora e a MÉDIS em que a aplicação das coberturas de saúde é objecto de uma prévia análise do processo clínico do paciente e depende de pré-autorização expressa dos serviços da MÉDIS, inserindo-se o tratamento do hospital do Autor à paciente mãe do recorrente no sistema comumente denominado managed health care caracterizado por relações triangulares por um lado entidade seguradora-prestadores de saúde, por outro entidade seguradora-utente/beneficiário e por fim utente/beneficiário e

prestadores de saúde [Conclusões 1 a 9].

2. A seguradora fazia depender a continuidade do processo de pré-autorização da informação médica e outros elementos pedidos ao Autor através de e-mails gerados a partir de um endereço electrónico igual para todos os prestadores da sua rede e posteriormente da sua anexação na plataforma devendo essa interacção ocorrer com a máxima celeridade possível e dentro dos prazos estipulados para o efeito do conhecimento do autor, na prática para além da seguradora pedir a informação ao Autor prestador sobre o doente segurador, a seguradora e o Autor usavam ainda uma plataforma informática onde é anexada a informação relativa aos pacientes na qual entram directamente com o cartão do cliente doente estando a cargo de cada um o controlo das suas intervenções/interacções na plataforma, o benefício da assistência hospitalar dos autos submete o acesso aos cuidados de saúde no âmbito de assistência clínica em ambiente hospitalar do Autor a procedimentos obrigatórios que se inicia com um processo de pré-autorização o qual para o efeito acede directamente à plataforma no caso iniciou-se com o impresso de informação clínica para o internamento médico conforme doc 1 dos 20 documentos juntos pelo autor na audiência prévia de 9/10/2018 o qual consubstancia o pedido de pré-autorização, processo UMZ ..., nessa sequência em 18/8/2018 o departamento de Gestão da Utilização da MÉDIS repostando-se aquele processo de autorização através da Plataforma em vista a “dar continuidade ao processo de pré-autorização” solicito ao Autor “informação adicional”, mais concretamente “informação clínica mais detalhada da situação actual, assim como tratamentos a instituir” da Paciente que deveria “ser anexada na plataforma com a maior brevidade possível” para se “dar continuidade ao processo...”, o Autor não juntou a informação pedida pela seguradora pois o seu secretariado apenas anexou na aludida Plataforma em 31/8/2016 o “relatório geral” clínico de 30/8 da médica MB em resposta ao pedido da seguradora de 18/8/2016 conforme doc 5 dos 20 juntos na audiência prévia e, após, a 31/8/2016 o departamento da MÉDIS solicitou ao Autor a emissão da pré-factura e anexação da Plataforma a qual foi emitida como resulta dos docs 4 e 6 dos referidos 20 e em 19/9/2016, decorridos que eram 34 dias de internamento e de tratamento o Autor anexou na aludida plataforma o relatório geral clínico de 17/9/2016 e que como no mesmo se manuscreeu seria para a “extensão de dias” como também se veio a verificar em julgamento.[Conclusões 10 a 17]

3. No âmbito do sistema procedimental quando a autorização para o internamento é dada pela seguradora esta emite automaticamente um SMS para o número de telefone do cliente/doente, notificando-a da aceitação do internamento sendo ainda costume enviarem uma carta mesma notificação que no que à doente respeita não ocorreu, em 7/9/2016 no âmbito do procedimento a seguradora enviou à paciente um sms genérico sem especificar período de internamento que foi recebido e conhecido pela paciente e familiares informando-a que o internamento tinha sido autorizado, o Termo de responsabilidade disponibilizado ao Autor pela seguradora consignava apenas “autorização clínica” para os primeiros quinze dias dos cuidados de saúde no âmbito da assistências clínica, meios e serviços específicos em meio hospitalar, tal termo foi

disponibilizado na plataforma do Autor que não o imprimiu, a gestão do procedimento que envolve a prestação de cuidados de saúde no âmbito da assistências clínica em ambiente hospitalar não recai sobre o paciente, não podendo esta ou quem lhe sucedeu ser responsabilizada pela incompetência da gestão por parte da Autora e seguradora, nos autos trata-se também de apurar as circunstâncias em que decorreu e ocorreu o internamento do paciente o Tribunal abstraiu-se da gestão inadequada do procedimento que envolveu o internamento e tratamento da assistida atentando apenas nos encargos do Autor com a sua assistência à paciente, designadamente os que derivavam da utilização dos serviços e bens específicos em ambiente hospitalar para os tratar, a paciente não pediu ao Autor os cuidados de saúde que alegadamente extravasaram o Plano de Saúde nos autos quais sejam os relativos ao remanescente ds dias de tratamento que foram além dos 15 dias aceites pela seguradora, o Tribunal não apreciou a informação carregada pela testemunha MC não o considerando nem ao que resulta do confronto critico do seu depoimento com o da testemunha TR e ao contrario do que aparenta resultar do depoimento desta última, designadamente que o Autor sempre respondeu às solicitações da seguradora no mesmo dia, no caso o Autor, apenas em 31 de Agosto de 2016, seja 13 dias após o pedido de 18/8/2016 da seguradora anexou na Plataforma informação adicional importante sobre a paciente, o relatório médico datado de 30/8/2016 importante para justificar o pedido e autorização da Autora à seguradora e esse atraso repercutiu-se no tempo para análise do processo de autorização clínica pela medicina interna da seguradora em vista de autorizar ou não autorizar o internamento da paciente tendo aquela seguradora, em 7/9/2016, notificado a paciente da autorização do internamento sem especificar o período disponibilizando, contudo tal informação na plataforma ao Autor naquela mesma data, o Autor não diligenciou como podia e devia oportunamente no âmbito do processos UMZ ... relativo à paciente consoante as fases do processo gerindo-o indevidamente o que fez repercutir na paciente, o recorrente crê que o conhecimento do conteúdo do termo do termo de responsabilidade de 7/9/2016 determinaria objectivamente a um gestor zeloso, diligente e perspicaz reacção adequada em vista de acautelar o pagamento dos bens e serviços que providenciou ao cliente pelo menos quem pagaria o internamento dos sete dias de setembro ou mais, já que a paciente continuava acamada no seu hospital, o Autor em vez disso só em 19/9/2016 colocou na plataforma outro relatório clínico geral datado de 17 daquele mês, se esse relatório tivesse sido colocado no site da Autora também a sua decisão teria sido mais célere e evidentemente menor a despesa a liquidar fosse quem fosse o responsável pelo seu pagamento, não deram nem a seguradora nem o hospitalar qualquer informação sobre o processo de internamento e em contrário do que lhe tinham feito crer, para quem tudo estava a correr bem, pelo menos quanto à participação daquele. [conclusões 18 a 32]

4. Quando o Autor prestador inobserva prazos contratados com a seguradora para colocação da informação adicional pedida por aquela para justificar o seu pedido de internamento e não se apercebe do termo de responsabilidade de 7/9/2016 e só passado praticamente 1 mês sobre o óbito da paciente comunica formalmente à seguradora que a paciente faleceu ou a seguradora

analisa o Plano de Saúde da paciente e segundo a mesma descobre tardiamente qualquer cláusula de exclusão que até então não tinha existido, não se pode exigir à paciente que pague a conta quando de facto a deixaram pensar que o internamento estava coberto e como referiu a testemunha TR nada lhes faria prever que a seguradora não ia participar, não se pode exigir tal previsão à paciente quando ela própria recebeu um sms com a autorização de internamento, é irrelevante para a justa composição do litígio dos autos que após o falecimento da paciente a seguradora alegue que aquela nunca poderia ter utilizado a MÉDIS mas a ADSE e na parte não participada pedia o reembolso ao SAMS, se a paciente tivesse sido competentemente avisada a 7/9/2016 que a aceitação apenas abrangia o período de 16 a 31 de Agosto de 2016 independentemente da existência de qualquer outro subsistema de saúde estava ao alcance da paciente decidir o que fazer e essa informação estava ao alcance do Autor pois a mesma foi disponibilizada a 7/9/2016, a paciente tinha um quadro clínicos perfeitamente conhecido do Autor e da seguradora seja de doença oncológica metastática era pelo menos há 12 anos uma doente em cuidado/tratamento paliativo/ e ou continuado daqueles era conhecida e por eles foi tratada e participada, a responsabilidade pelo devido processamento do internamento da sua mãe cabia ao Autor e à seguradora.[Conclusões 33 a 44]

Termina pedindo a revogação da decisão na parte em que condenou o recorrente quanto ao valor condenado como crédito do recorrido sobre aquele.

I.2 Não houve contra-alegações.

I.3. Questão a resolver: Saber se o Autor prestador inobservou prazos contratados com a seguradora para colocação da informação adicional pedida por aquela para justificar o seu pedido de internamento e não se apercebe do termo de responsabilidade de 7/9/2016 e só passado praticamente 1 mês sobre o óbito da paciente comunica formalmente à seguradora que a paciente faleceu ou a seguradora analisa o Plano de Saúde da paciente e segundo a mesma descobre tardiamente qualquer cláusula de exclusão que até então não tinha existido, não se pode exigir à paciente que pague a conta.

II- FUNDAMENTAÇÃO DE FACTO

II.1 Deu o Tribunal recorrido como provados os seguintes factos que o apelante não impugna nos termos da lei de processo:

- 1. A A. dedica-se à atividade de prestação de serviços de saúde e de assistência médico-hospitalar (Artigo 1º da petição inicial).**
- 2. No exercício da sua atividade, a A. prestou a MAD, a pedido desta, os serviços de saúde que constam identificados na Fatura n.º ISF .../0000239037, emitida em 20.....2016, com vencimento imediato, no valor de € 17.214,21 (Artigo 2º da petição inicial).**
- 3. Os serviços de saúde mencionados na referida fatura (internamentos, tratamentos, análises, exames, intervenções) e os bens hospitalares dela constantes, nomeadamente fármacos, foram prestados e fornecidos no período compreendido entre 16.08.2016 e 6.10.2016 (Artigo 3º da petição inicial).**

- 4. A companhia de seguros, para quem MAD transferiu a responsabilidade pelo pagamento dos serviços de saúde prestados, dentro dos limites e termos estabelecidos na respetiva apólice de seguro e no termo de responsabilidade, recusou assumir a responsabilidade pelo pagamento do referido valor de € 17.214,21 (Artigo 4º da petição inicial).**
- 5. Foi paga em 16.08.2016 a quantia de €1.500,00 conforme recibo de adiantamento n.º ISA .../5522 (Artigo 5º da petição inicial).**
- 6. A falecida MAD era titular de um crédito sobre a A. no valor total de € 34,50, conforme as seguintes Notas de Crédito:**
 - n.º ISNC .../0000014373, de 17.....2015, no valor de € 18,46; - n.º ISNC .../0000014374, de 17.....2015, no valor de € 8,88; - n.º ISNC .../0000021657, de 2....2015, no valor de € 2,12;**
 - n.º ISNC2015/0000022207, de 11.....2015, no valor de € 0,62; - n.º ISNC .../0000022241, de 11.....2015, no valor de € 0,62; - n.º ISNC .../0000022484, de 16.....2015, no valor de € 0,62; - n.º ISNC .../0000002259, de 3. ...2016, no valor de € 0,62; - n.º ISNC .../0000002329, de 3.....2016, no valor de € 0,62;**
 - n.º ISNC .../0000002293, de 3....2016, no valor de € 0,62; e - n.º ISNC .../0000015181, de 20.....2016, no valor de € 1,32****(Artigo 6º da petição inicial).**
- 7. O valor total em dívida é de € 15.679,71 (Artigo 7º da petição inicial).**
- 8. O A. enviou para a morada do 2º R., AD, cartas dirigidas a MAD datadas de 22.11.2016, 13.12.2016 e em 24.01.2017, a solicitar o pagamento da quantia de € 15.679,71 (Artigo 8º da petição inicial).**
- 9. MAD faleceu no dia 06.10.2016, no estado de casada com o 2º R., AD (Artigo 9º da petição inicial).**
- 10. O R. JD é filho de MAD e de AD (Artigo 10º da petição inicial).**
- 11. MAD padecia de doença oncológica crónica desde 2004, tendo, por isso, sido submetida a várias intervenções cirúrgicas, sob quimioterapia citostática (Artigo 3º, parte final da contestação do 1º R.).**
- 12. A responsabilidade pelo pagamento dos serviços de saúde dos autos foi transferida no âmbito de uma apólice de seguro celebrada com a Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. (Artigo 6º da contestação do 1º R.).**
- 13. A mãe do 1º R. instaurou, em 12 de Fevereiro de 2016, ação de divórcio sem consentimento contra o R. AD, mas faleceu antes da realização da tentativa de conciliação, tendo o 1º R. requerido a sua habilitação com vista aos efeitos patrimoniais previstos pelo art. 1785º, nº3, do CC (Artigo 10º da contestação do 1º R.).**
- 14. O A. sabia que era o 1º R. quem acompanhava o internamento da sua mãe (Artigo 20º, parte inicial da contestação do 1º R.).**
- 15. O 1º R. nunca teve conhecimento de pedido de autorização do A. à Seguradora, para internamento da doente e extensão deste, desconhecendo também qualquer contacto da seguradora ao R. e/ou à doente não aceitando qualquer autorização clínica daquela para efeitos**

de internamento e/ou extensão deste (Artigo 21º da contestação do 1º R.).

16. AD repudiou à herança de MAD por escritura pública celebrada em 22....2017 (Artigo 2º da contestação do 2º R.).

17. No dia ... de Outubro de 2016 foi realizada habilitação de herdeiros de MAD, pelo 1º R. JD, na qualidade de cabeça de casal, tendo declarado que MAD faleceu no estado de casada, sob o regime de comunhão de adquiridos com AD e que a falecida elaborou testamento público (Art. 4º, 1ª parte da contestação do 2º R.).

18. No dia 04 de Outubro de 2016, MAD celebrou testamento público, nos termos do qual declarou “Que institui herdeiro da sua quota disponível, o seu filho JD (...) Que se encontra a decorrer processo do seu divórcio, litigioso, e que é sua vontade que, caso não sobreviva à conclusão do mesmo, que o seu filho supra identificado assumira a posição processual para efeitos de partilha dos bens patrimoniais existentes. Que, aquando da sua morte, é ainda da sua vontade que o seu filho supra identificado, assumira a sua posição processual para efeitos de recebimento do valor da indemnização no valor de cinco mil euros a que o seu cônjuge AD foi condenado a pagar, no âmbito do processo crime número .../15.8S5LSB, com sentença de dezassete de junho de dois mil e dezasseis.

19. À data do óbito de MAD estava pendente um processo de divórcio no Tribunal Judicial da comarca de Lisboa, Juízo de Família e Menores de Lisboa, Juízo de Família e Menores de Lisboa, Juiz 3, nº .../16.08LSB (Art. 7º, parte final da contestação do 2º R.).

20. Foi apresentado um requerimento nesse processo, em 18.10.2016, pela Mandatária da Sra. MAD e nesse requerimento foi junta a habilitação de herdeiros, pedindo ao tribunal que o processo continuasse após a morte da mesma, para efeitos patrimoniais (Art. 8º, parte final, da contestação do 2º R.).

21. A Sra. MAD saiu de casa de morada de família em Maio de 2015 (Art. 18º da contestação do 2º R.).

22. Por sentença datada de 17.01.2019, foi homologado o acordo celebrado entre o 1º e 2ºs RR., no âmbito do processo de divórcio sem consentimento do outro cônjuge que correu termos no Juízo de Família e Menores de Lisboa, Juiz 3, nos termos do qual acordaram quanto à divisão dos bens e ao pagamento das dívidas, onde se incluía a dos autos.

23. A utente MAD informou o A. ter contratado um seguro de saúde pelo que este providenciou junto desta entidade no sentido de tais serviços de saúde serem objeto de cobertura pela apólice da utente e pagos pela seguradora (Arts. 3º e 4º da resposta às contestações).

24. A seguradora Médis emitiu termo de responsabilidade e só se responsabilizou pelo pagamento parcial dos serviços prestados pelo A. à utente MAD (Arts. 6º, parte inicial e 15º da resposta às contestações).

25. Para o A. apenas releva saber se existe alguma cobertura por parte de alguma Seguradora e quais os respetivos limites, para aquilatar em nome de entidade deverá emitir a fatura correspondente aos serviços prestados: se ao utente ou se à seguradora contratada pelo utente (Art. 9º da resposta às contestações).

26. O A. não tem nenhuma interferência nas condições contratadas entre os utentes e as suas seguradoras, nem sequer em termos de plafonds, capitais disponíveis ou franquias ou quaisquer outras (Art. 10º da resposta às contestações).

27. O internamento de MAD decorreu entre 16.08.2016 a 06.10.2016, sendo que o A. diligenciou junto da Médis, seguradora da utente, pela emissão do correspondente termo de responsabilidade, em 16.08.2016, tendo prestado àquela seguradora todas as informações que lhe foram solicitadas (Arts.13º e 14º da resposta às contestações).

28. A presente ação deu entrada em 18.05.2017 e o R. AD foi citado por carta registada enviada pelo Tribunal com o registo CTT RE134024511PT, tendo recebido a carta de citação em 31.05.2017 (Art. 27º da resposta às contestações).

II.2. Deu o Tribunal recorrido como não provado, o seguinte que não vem impugnado:

1. Desde a data do óbito de MAD até à data da apresentação da sua contestação, o R. AD jamais praticou quaisquer atos que revelassem, expressa ou tacitamente, a aceitação dessa herança (Art. 3º da contestação do 2º R.).

2. O R. JD efetuou escritura de habilitação de herdeiros sem informar o 2º R. AD da prática de tal acto (Arts. 4º, parte final e art. 5º da contestação do 2º R.).

3. O R. AD teve conhecimento da realização da habilitação de herdeiros por notificação da Mandatária da Sra. MAD, no âmbito do processo de divórcio (Art. 7º, parte inicial da contestação do 2º R.).

4. Desde a data em que a Sra. MAD saiu de casa, o R. AD nunca mais acompanhou a situação clínica da esposa, uma vez que esta não o informava (art. 19º da contestação do 2º R.).

5. A seguradora Médis emitiu o termo de responsabilidade em 18.10.2016 (Arts. 6º, parte final da resposta às contestações).

6. Não dispondo o R. AD de qualquer outro argumento válido que lhe permitisse contestar a ação, sabendo que poderia vir a ser condenado, lançou mão ao expediente da escritura de repúdio da herança (Art. 33º da resposta às contestações).

III- FUNDAMENTAÇÃO DE DIREITO

III.1. Conforme resulta do disposto nos art.ºs 608/2, 5, 635/4 e 639 (anteriores 660, n.º 2, 664, 684, n.º 3, 685-A, n.º 3), do CPC[1] são as conclusões do recurso que delimitam o seu objecto, salvas as questões cuja decisão esteja prejudicada pela solução dada a outras e as que sejam de conhecimento officioso. É esse também o entendimento uniforme do nosso mais alto Tribunal (cfr. por todos o Acórdão do S.T.J. de 07/01/1993 in BMJ n.º 423, pág. 539).

III.2. Não havendo questões de conhecimento officioso são as conclusões de recurso que delimitam o seu objecto tal como enunciadas em I.

III.3. Saber se tendo o Autor prestador inobservado prazos contratados com a seguradora para colocação da informação adicional pedida por aquela para justificar o seu pedido de internamento e não se apercebe do termo de responsabilidade de 7/9/2016 e só passado praticamente 1 mês sobre o óbito da paciente comunica formalmente à seguradora que a paciente faleceu ou a seguradora analisa o Plano de Saúde da paciente e segundo a mesma

descobre tardiamente qualquer cláusula de exclusão que até então não tinha existido, não se pode exigir à paciente que pague a conta.

III.3.1. O Hospital Autor intentou contra o Réu JD e AD na qualidade de únicos e universais herdeiros da utente falecida MAD a presente acção onde pede a condenação dos réus a reconhecerem como passivo da herança aberta por morte daquela utente a quantia de 15.679,71 euros mais juros de mora e a verem satisfeito esse crédito pelos bens da herança com o limite do art.º 2071/2, do CCiv, em suma dizendo que, no âmbito da sua actividade prestou a MAD, a pedido desta, os serviços identificados na factura e lista anexa no valor de 17.214,21 euros, no período de 16/8/2016 a 6/10/2016, tendo a Companhia de Seguros, para quem a MAD transferiu a responsabilidade pelo pagamento dos serviços de saúde prestados, recusado o pagamento de 17.214,21 euros conforme documento 2, sendo que em 16/8/2016 foi paga a quantia de 1.500,00 euros como recibo de adiantamento conforme doc 3, sendo a falecida titular de um crédito sobre a autora conforme notas de crédito referidas no art.º 6. O Réu JD citado veio contestar pugnando pela improcedência da acção ou, caso assim se não entenda, e entendendo-se existir a dívida da falecida perante o Autor, atenta a natureza da mesma, deverá ser liquidada em sede de passivo comum líquido após a devida contabilização e identificação pela responsabilidade pelo seu pagamento não devendo a herança ser onerada em exclusivo pelo seu pagamento na íntegra em sua dizendo que desconhece se os cuidados de saúde que foram ministrados à sua mãe correspondem ao designativo e quantidade alegados pela Autora na sua p.i., julga saber que a responsabilidade pelo pagamento dos serviços de saúde dos autos foi transferida no âmbito da apólice de seguro celebrada com a Médis desconhecendo todavia os termos da apólice, antes de internar a sua mãe no dia 16/8/2016 o Réu pagou ao Autor o valor de 1.500,00 euros como condição prévia daquela hospitalização desconhecendo se a factura de 15.679,71 euros é devida pela sua mãe MAD no exacto montante dos autos, desconhece quando é que o Autor enviou a conta ao co-réu AD contra quem a sua mãe instaurou acção de divórcio sem consentimento dia 12/2/2016, falecendo antes da realização da tentativa de conciliação, tendo o ora réu requerido a sua habilitação com vista aos efeitos patrimoniais do art.º 1785/3, do CCiv, prosseguindo, assim, na vontade de sua mãe, mas como inexistente comunicação com o seu pai o co-réu AD, o réu desconhece as alegadas tentativas do Autor junto do réu AD para recuperação do valor em causa, o réu enviou ao Autor a carta doc 15 da p.i. pois o réu AD é o cônjuge sobrevivente, requereu a pensão de sobrevivência, requereu nos autos de habilitação incidental a inutilidade superveniente da lide do divórcio, após ele ter repudiado a herança e a manter-se a massa patrimonial comum da falecida e 2.º réu e dada a natureza do património comum dos cônjuges é este que é chamado a pagar as dívidas comuns do casal onde se incluem as despesas de saúde ora em causa, por isso o réu JD não crê que a dívida de saúde onere tão só a herança da sua mãe MAD, os docs 16, 17, 18 sendo-lhe dirigidos e datados de 22/11/2016 e 12/12/2016 e 14/1/2017, nunca poderiam ter sido recebidos pela sua mãe que faleceu a 6/10/2016 e o réu também não os recebeu; o Autor sabia que era o réu quem acompanhava o internamento de sua mãe, presumindo-se, em caso de

recusa do internamento sob financiamento da seguradora que o Autor informaria em conformidade, mas o réu nunca teve conhecimento do pedido de autorização do Autor à Seguradora para internamento da doente e extensão desde e se houve contacto oportuno das seguradora ao réu e/ou à doente não aceitando a autorização clínica daquela para efeitos de internamento ou sua extensão.

III.3.2. Respondeu o Autor às excepções do seguinte modo sucinto: Os serviços de saúde que foram prestados foram-no no âmbito do contrato de prestação de serviços celebrado entre o Auto e a utente MAD e não de qualquer contrato de seguros de saúde de que a referida utente fosse titular, ao qual o Autor é alheio. A utente falecida informou o Autor ter contratado um seguro de saúde, nessa conformidade o Autor providenciou junto desta entidade no sentido de tais serviços de saúde serem objecto de cobertura pela apólice da utente e pagos pela seguradora conforme documentos 1 a 8 que juntou. Não obstante o termo de responsabilidade junto como doc 2 das p.i. , não existe relação contratual entre o Autor e a seguradora que pudesse eximir os réus do pagamentos dos serviços, para o Autor apenas releva saber se existe alguma cobertura por parte de alguma seguradora e quais os respectivos limites para aquilatar em nome de quem deve emitir a factura pelos serviços prestados. O internamento em causa foi um internamento continuado de cuidados paliativos que decorreu entre 16/8/2016 e 6/10/2016 sendo que o Autor diligenciou junto da Médias pela emissão da correspondente termo de responsabilidade logo em 16/8/2016 conforme documentos juntos, tendo prestado todas as informações que a seguradora da utente lhe solicitou vindo aquela seguradora a emitir em 18/10/2016 um termo da responsabilidade junto como doc 2 da p.i., vindo esse termo numa altura e que já se encontrava findo o internamento pelo falecimento da utente, termo esse em que a seguradora recusa parte dos serviços e bens requisitados, não competindo à Autora solicitar nenhum termo adicional de responsabilidade à seguradora uma vez que aquele termo já previa o capital disponível e esse está de pendente das condições contratuais acordadas entre a utente e a seguradora. A procedência desta acção não obsta a que os réus exerçam o seu direito de regresso ou reembolsos por parte da seguradora em caso de incumprimento. As dívidas que são comunicáveis são aquelas que vêm previstas no art.º 1691/1 do CCiv e nele não se prevê a comunicabilidade da dívida pelos presentes bens e serviços.

III.3.3. Aquando do saneador enunciaram-se os temas de prova seguintes: 1. Que serviços de saúde é que foram prestados à assistida e respetivo valor. 2 Em que circunstâncias é que ocorreu o internamento da assistida. Na sentença recorrida apenas foi eleito como thema decidendum o direito do Autor em ver reconhecido o seu direito de crédito decorrente dos serviços de saúde prestados como passivo da herança, quando os temas de prova eram aqueles dois que passavam por saber que serviços foram prestados em que condições decorreu o internamento. Depois, em sede de direito, escreve-se na sentença "...tendo-se provado que foram prestados os serviços elencados na factura...a questão que aqui se coloca é a de saber quem é que é responsável pelo pagamento desse valor ao Autor considerando que a doente

faleceu...” No desenvolvimento desta única questão de direito eleita como questão a decidir e depois de afastar a possibilidade da dívida ser dívida comum do casal e que o repúdio da herança pelo cônjuge sobrevivente é válido, não sendo este último responsável pelo seu pagamento, esta matéria pacificou e não é objecto do recurso.

III.3.4. Quando os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do sector privado ou social sejam detentores de convenções com o SNS, com a ADSE ou outros subsistemas de saúde públicos ou privados ou com redes de seguros de saúde, devem ter um especial cuidado na transmissão da informação sobre as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde por si prestados. Efectivamente, a informação sobre as convenções detidas por um prestador constitui um elemento relevante para o exercício da livre escolha pelo utente do prestador de cuidados de saúde a que pretende recorrer. Deve, assim, ser acautelado que em momento anterior ao da prestação de cuidados de saúde os utentes sejam integralmente informados sobre a existência de convenções, suas aplicações a cada acto ou exame de que necessitam e eventuais exclusões aplicáveis. E isto porque a informação errónea do utente, a falta de informação ou a omissão de um dever de informar são suficientes quer para distorcer a liberdade de escolha dos utentes, quer para facilitarem - ou mesmo criarem - situações de lesões de direitos e interesses financeiros dos utentes. Não sendo admissível que um prestador possa propor-se iniciar a prestação de cuidados de saúde sem previamente informar o utente da extensão da convenção por si celebrada, também não é admissível que a informação publicamente prestada pelo mesmo relativamente às convenções por si detidas não apresente qualquer referência a eventuais limitações ou restrições que possam ser aplicáveis, nem qualquer referência, por exemplo, à possibilidade de parte dos profissionais de saúde não se encontrarem abrangidos por determinada convenção. Ora, a informação quanto à existência de convenções e ao seu conteúdo - divulgada tanto pelos subsistemas como pelos prestadores convencionados - não pode, por isso, deixar de ser completa, verdadeira e inteligível. Na medida em que o utente não tem, regra geral, conhecimento directo dos textos das convenções celebradas entre os prestadores e as entidades financiadoras, importa assim garantir que esta informação prestada ao utente é suficiente e atempada para uma tomada de consciência do conteúdo da convenção, no que respeita às repercussões.

III.3.5. A companhia de seguros, para quem MAD transferiu a responsabilidade pelo pagamento dos serviços de saúde prestados, dentro dos limites e termos estabelecidos na respetiva apólice de seguro e no termo de responsabilidade, recusou assumir a responsabilidade pelo pagamento do referido valor de € 17.214,21, tendo sido paga em 16.08.2016 a quantia de €1.500,00 conforme recibo de adiantamento n.º ISA2016/5522 (pontos 4 e 5 dos factos provados). Também se deu como provado sob 12 que responsabilidade pelo pagamento dos serviços de saúde dos autos foi transferida no âmbito de uma apólice de seguro celebrada com a Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. Da comunicação datada de 18/10/2016 (não se deu como provado que foi esta a data em que foi enviada), junta como documento 2 da p.i. enviada pela Médis ao Hospital Cuf Infante Santo pode ler-se logo no início

“[...] A presente autorização Clínica aplica-se aos prestadores integrados na Rede Médis nos termos acordados entre as partes, designadamente no que se refere a honorários médicos, despesas institucionais e a preços fechados quando aplicáveis...a Autorização Clínica tem a duração limitada de 30 dias e apenas produz efeitos enquanto vigorar o seguro de saúde ao abrigo do qual foi emitida e reflecte as condições do plano de seguro do cliente na data da produção da mesma...a presente autorização clínica considera-se emitida condicionalmente em caso de pendência de faturação de unidade de saúde destinatária relativamente ao mesmo cliente... apenas podendo ser liquidado o valor correspondente após integral regularização de conta...” Dela resulta que foi parcialmente autorizada para o período de 30 dias por isso de 16/8/2016 a 16/9/2016, sendo o valor a cargo do cliente, à data da autorização clínica de 10% no máximo de 500 euros por internamento, donde apesar de se ter dado como provado que a Médis se tenha recusado a pagar a factura que lhe enviou dos 17 mil euros, resulta igualmente provado que a Médis mediante a mencionada autorização clínica aceitou parcialmente a responsabilidade da seguradora. Desse termo de responsabilidade não resulta qualquer referência à recusa de pagamento dos 17 mil euros, o que também se diz nessa autorização clínica é que “Para liquidação destas despesas deverão remeter-nos a vossa factura após dedução das respectivas franquias e/ou copagamentos (caso se aplique) acompanhada de uma cópia dos recibos referentes aos pagamentos efectuados pelo Cliente e de uma fotocópia da presente autorização clínica”. Contudo o Tribunal recorrido deu como provada essa factualidade da recusa e não está posta em causa no recurso. De igual modo está provado que o valor total é dívida é de 15.679,71 euros (ponto 7). A utente faleceu no dia 6/10/2016 e aquela a autorização clínica contém uma data posterior a esse falecimento, ao que tudo indica da motivação da decisão de facto resultante da circunstância de ter sido essa data de Outubro a data em que o Hospital da CUF imprimiu a autorização, sendo certo que a mesma estava disponível no site do Hospital desde a data de 7/9/2016 e que o processo de internamento se iniciou em 16/8/2016. Está igualmente provado que o Autor diligenciou junto da Médis, seguradora da utente, pela emissão do correspondente termo de responsabilidade em 16/8/2016, tendo prestado àquela seguradora todas as informações que lhe foram solicitadas (ponto 27). O Autor Hospital sabia que era o 1.º réu quem acompanhava o internamento da sua mãe, nunca o mesmo tendo tido conhecimento de pedido de autorização do Autor à Seguradora para internamento da doente e extensão desde, desconhecendo também qualquer contacto da seguradora ao réu e/ou ao doente não aceitando qualquer autorização clínica para efeitos de internamento e/ou extensão deste. Estando a Seguradora responsável pelo pagamento dos serviços de saúde dos autos aparentemente integrada na Rede Médis, está provado que ao Autor Hospital prestou todas as informações necessárias solicitadas pela Seguradora, mas tal bastará para se considerar que o Autor cumpriu todas as suas obrigações para com o utente que era doente oncológica e seus familiares?

III.3.6 Dispõe a Lei 15/2014 de 21/3, relativo aos direitos e deveres do utente dos cuidados de saúde, aplicável a instituições que não estejam integradas no Serviço Nacional de Saúde como

do preâmbulo resulta, nos seus art.ºs 7, 12 e 15 20, 22:

Artigo 7.º Direito à informação

1 - O utente dos serviços de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado. 2 - A informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível.

Artigo 12.º Direito ao acompanhamento

1 - Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço

Artigo 15.º Direitos e deveres do acompanhante

1 - O acompanhante tem direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento, com as seguintes exceções: a) Indicação expressa em contrário do doente; b) Matéria reservada por segredo clínico.

Artigo 20.º Acompanhamento familiar de pessoas com deficiência ou em situação de dependência

1 - As pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em estabelecimento de saúde, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada

Artigo 22.º Cooperação entre o acompanhante e os serviços

1 - Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada. 2 - O acompanhante deve cumprir as instruções que, nos termos da presente lei, lhes forem dadas pelos profissionais de saúde

III.3.6. O direito à informação em saúde é uma matéria estritamente relacionada com a questão dos direitos humanos. Assim, no domínio internacional, é nos instrumentos internacionais que suportam tais direitos que encontraremos o fundamento jurídico positivado do direito à informação em saúde. Em primeiro lugar, destacamos o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos. Este documento vem, no seu artigo 7º, fazer uma referência explícita ao livre consentimento requerido para a prática de experiências médicas ou científicas, o que conduz, implicitamente, à existência de um direito à informação, uma vez que sem a satisfação deste requisito, o consentimento não pode ser livre. No âmbito da OMS, embora sem carácter vinculativo, temos a Declaração sobre a Promoção dos Direitos do Doente na Europa, cujo nº 2 estabelece o direito à informação, tomando-o em diversas perspetivas, desde a questão da informação sobre os serviços de saúde até ao direito a não ser informado, passando pelo conteúdo e modo de transmissão da informação e pelo direito a uma segunda opinião. Já a Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina, no artigo 5º, densifica este direito ao

consentimento, coloca em evidência a questão da informação, enquanto condição de um consentimento livre e esclarecido. Com efeito, refere-se aí que a informação a ser prestada deve ser a “informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos”. Trata-se, portanto, de uma informação que o paciente - nas palavras do texto “a pessoa em causa” - tenha capacidade de compreender face às suas circunstâncias. Quanto ao seu conteúdo, a informação deve versar sobre o objetivo e a natureza da intervenção, aspetos que estão intimamente relacionados. Assim se distingue, por exemplo, uma intervenção curativa (que visa o restabelecimento do estado de saúde ou a sua melhoria) de uma intervenção diagnóstica (que ambiciona auxiliar o médico a compreender qual o estado clínico do seu paciente) ou de uma intervenção paliativa (cujo objetivo é atenuar a dor e proporcionar uma maior qualidade de vida ao paciente). De acordo com o nosso Código Civil, o contrato de prestação de serviço integra as modalidades do mandato, do depósito e da empreitada, mas não se esgota nelas, sendo, contudo, aplicável aos contratos de prestação de serviço que a lei não regule especialmente -como é o caso do contrato de prestação de serviço de cuidados de saúde, que se pode considerar de tipo social, mas que não está tipificado na lei. (Cf. ALMEIDA, Carlos Ferreira de - Os contratos civis de prestação de serviço médico, in «Direito da Saúde e Bioética», Lisboa, AAFDL, 1996, pp. 87-88).- o regime do mandato, com as necessárias adaptações, ex vi artigo 1156º CC. Neste contexto, é possível fundamentar legalmente o direito à informação através do disposto no artigo 1161º-b) CC, que obriga o mandatário a prestar as informações que o mandante lhe peça, relativas ao estado da gestão sendo possível concluir que existe um direito do indivíduo doente a receber as informações dos profissionais de saúde acerca do seu plano terapêutico[2]. O dever de informar os pacientes também decorre dos preceitos deontológicos que regem os profissionais de saúde. O conteúdo do direito à informação acolherá, ao menos, a finalidade do ato (seja ele um meio de diagnóstico ou um ato terapêutico), os seus riscos, o estado de saúde do paciente, a sua previsível evolução, a terapêutica indicada e as suas alternativas. Haverá situações em que a medicina não consegue dar uma resposta que permita debelar a enfermidade, mas possui os conhecimentos suficientes e adequados ao controlo da dor, contribuindo para um aumento significativo da qualidade de vida do paciente, como é o caso das intervenções paliativas. No caso dos autos a utente falecida padecia de doença oncológica desde 2004 tendo sido submetida a várias intervenções cirúrgicas sob quimioterapia citostática (11), nenhum facto alegado e consequentemente provado relativamente ao plano terapêutico que o Hospital se propunha fazer relativamente a esta doente, qual o tratamento (se curativo ou paliativo) foi sugerido ainda que apenas ao filho acompanhante. Também é verdade que não vem provado que o ora réu tenha diligenciado junto do Hospital Autor saber qual era o plano terapêutico desenhado para a sua mãe, mas tal também é compreensível porquanto nunca lhe foi dado conhecimento do pedido de autorização do Autora à seguradora para internamento da sua mãe e a extensão desse internamento. E tal afigura-se relevante para o 1.º Réu que acompanhava a sua mãe- facto de que o Autor tinha conhecimento- até para decidir se depois de conversar

com a sua mãe esta haveria de permanecer naquela unidade hospitalar ou não, isto porquanto uma das vertentes do direito à informação é o direito à informação sobre o custo dessa intervenção ou tratamento, sendo que no caso dos autos tudo indicava, já em princípio de Setembro, que a seguradora não iria cobrir a totalidade dos custos do internamento. Referimo-nos aqui ao custo pois, frequentemente, esse valor não equivale à contrapartida que é exigida a quem usufrui dos cuidados de saúde, sendo manifestamente superior a esta. No âmbito dos contratos de seguro de saúde ou de subsistemas de saúde já é muito comum, na factura da prestação do serviço, a discriminação do que coube ao utente pagar e do que ficou a cargo do seguro ou do subsistema de saúde.

III.3.7. Não resultando provado que o Hospital Autor tenha prestado as informações pertinentes nem à falecida utente nem ao 1.º réu acompanhante seu filho, ónus de alegação e prova esse que lhe competia, resta saber quais as consequências da falta de alegação e prova por parte do mandante- leia-se a falecida utente seguramente em estado que lhe não permitia solicitar tal e o acompanhante a seu filho ora 1.º réu de que solicitaram ao Hospital Autor as pertinentes informações sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento. Trata-se, ao que tudo indica, de um contrato de prestação de serviço total com um contrato de seguro de saúde que se afigura como sendo um contrato a favor de terceiro neste caso o Hospital e que este último aceitou; o Hospital ou Clínica prestadora dos serviços, não obstante a expressa letra da lei, não tem a consciência desse dever de informar pois não se demonstrou que alguma vez tenha convocado uma reunião com os familiares designadamente com o filho acompanhante para o por a par do teor da Autorização Clínica e da limitação de responsabilidade que a seguradora desde logo avançava- e que posteriormente, ao que tudo indica da motivação da decisão e facto veio a recusar com base num desentendimento das duas entidades associadas do SAMS e da MÉDIS- da situação da doente e das fases de atendimento médico expectáveis, descurando assim os designados deveres acessórios de cuidados e de protecção que sobre o Hospital Autor recaiam em razão do contrato que com a doente celebrou, sem deixar de ter presente que sendo o 1.º réu o acompanhante de sua mãe sobre ele também recaia um dever de se informar, designadamente junto dos serviços administrativos do Hospital, relativamente à existência do termo de responsabilidade e do seu conteúdo. Sendo o disposto no art.º 570 do CCiv aplicável no domínio da responsabilidade contratual como o admitem a doutrina e a jurisprudência porque a omissão do dever de informar o réu relativamente ao estado de saúde e às circunstâncias em que decorria o internamento, designadamente no âmbito do contrato de seguro, sendo manifestamente concausal afigura-se bem mais gravoso para o agravamento dos danos traduzidos na continuação do internamento em cuidados paliativos, inviabilizando assim qualquer tomada de posição por parte do 1.º réu acompanhante, designadamente no que concerne à continuação da mãe naquela unidade hospitalar, acompanhante que, por outro lado, se não demonstra ter sido diligente na obtenção dessa informação, beneficiando a sua mãe dos serviços e tratamento como beneficiou, entende-se equitativo, justo e proporcional que o valor dos

serviços e tratamentos prestados e facturados pela Autora seja suportado pela própria Autora em 70% devendo a responsabilidade da herança ser reduzida a 30%. Acompanhamos aqui de perto o teor do AcRLxa de 12/10/2017 no processo 250/13.5tvlsb.l1-2 relatado por Teresa Albuquerque e que o ora relator foi segundo adjunto, disponível no sítio www.dgsi.pt, numa situação em tudo paralela à dos autos, com algumas diferenças factuais em relação aos presentes autos mas que não inquinam a solução alcançada que aqui também se entende de aplicar[3]:

“[...]Permita-se-nos que antes da análise dessa questão se insiram, porém, algumas considerações relativamente à relação entre o hospital, o doente e a seguradora, advindas de um estudo de Carlos Ferreira de Almeida [1], que nos permitirão caracterizar melhor a actuação do A. e das RR. no contexto dos factos provados nos autos.

Ferreira de Almeida, depois de advertir que «há que distinguir entre as partes no contrato e as pessoas que intervêm no acto médico através do qual se realiza a prestação», distingue quatro modalidades contratuais na prestação dos serviços médicos, fazendo-o em função da natureza dos contraentes.

Muito sinteticamente, para que mais depressa nos centremos na que releva na situação dos autos:

A primeira daquelas modalidades, corresponde à mais simples - a do médico/doente, «tradicional do contacto directo em que há coincidência entre as partes no contrato e os intervenientes no acto médico: o médico, profissional liberal e o doente, no sentido de utente de serviços médicos».

A segunda modalidade é a da clinica/doente, esclarecendo, de imediato, que «o contraente que nesta modalidade se designa por “clinica”, é qualquer unidade de prestação de serviços de saúde, seja qual for o seu concreto objecto e forma de organização empresarial (casa de saúde, hospital, sanatório, centro de saúde) ou jurídica (titularidade individual, sociedade civil e sob forma comercial, cooperativa)».

Refere a respeito desta modalidade que «a qualificação destes contratos depende dos serviços acordados com a clinica: serviços médicos e (ou) hospedagem e serviços paramédicos ou auxiliares», abrindo, subsequentemente três sub- modalidades, em que, a que aqui nos importa, é a que designa por “contrato total” - aquela em que a clinica assume directa e globalmente a obrigação de prestação de actos médicos conjuntamente com a de internamento hospitalar.

No que se reporta a esta sub modalidade - em que, porque «se adicionam as obrigações próprias de contrato de prestação de serviço médico (em sentido estrito e próprio) com a de um contrato de internamento, o contrato é misto, com elementos característicos do contrato de prestação de serviços (médico, paramédico e outros), de contrato de locação (do espaço destinado ao internamento) e eventualmente do contrato de compra e venda (fornecimento de medicamentos) e de empreitada (confecção de alimentos)» -evidencia que «a clinica é responsável nos termos do art 800º/1 CC, pelos actos praticados pelas pessoas que utiliza para

o cumprimento das suas obrigações, inclusive o médico ou médicos que ajam em execução da prestação correspondente aos actos médicos integrados no contrato», salientando, porém, que «a qualificação técnico jurídica como “auxiliares de cumprimento” em nada afecta a independência técnico-profissional própria do exercício da medicina». E evidência também que, no contrato total, «o médico, não sendo parte do contrato, mas auxiliar ou “pessoa utilizada para o cumprimento da obrigação”(art 800º/1) não se obriga directamente perante o doente», isto não obstante poder «ser responsável ex delictu se se verificarem os requisitos respectivos, apurados de modo autónomo em relação aos de eventual responsabilidade contratual da clinica».

Ainda no que respeita às relações clinica/médico, destaca Ferreira de Almeida que «no contrato total (...) o médico está ligado à clinica por um contrato de prestação de serviços ou mesmo por um contrato de trabalho, conforme actue de modo independente ou sob a direcção orgânica da clinica».

A terceira modalidade daquelas a que acima se vinha fazendo referência é a do médico/empresa.

A seu propósito, pondera Ferreira de Almeida: «A assistência médica surge frequentemente ligada a relações laborais, seja no âmbito da medicina do trabalho seja por força das obrigações assumidas pela empresa em relação a outros cuidados de saúde prestados aos seus trabalhadores e por vezes aos familiares destes. Nestas situações, a relação contratual de prestação de serviços médicos estabelece-se entre a empresa e o médico, em termos que configuram um contrato a favor de terceiro(s) (trabalhadores e eventuais familiares)». Acrescentando, com especial interesse no que se refere à situação dos autos: «Esquema semelhante se verifica quanto aos actos médicos se integram em prestação devida por ocorrência de sinistros relevante para um contrato de seguro, ou se enquadre em sistema privado de segurança social».

Finalmente, refere-se Ferreira de Almeida a uma quarta modalidade que, afinal, assume «como variante - ainda mais complexa - da modalidade anterior», e em que integra «os contratos (total, de hospitalização ou de simples prestação de serviço médico) celebrados entre empresas e clinicas a favor de trabalhadores (e seus familiares) ou de beneficiários por efeito de contrato de seguro», destacando que as relações se estabelecem agora entre os quatro protagonistas clinica / empresa / médico //doente.

Esta exposição permite-nos concluir que na situação dos autos estamos perante um “contrato total” - aquele, como vimos, em que a clinica assume directa e globalmente a obrigação de prestação de actos médicos conjuntamente com a de internamento hospitalar - mas em que aos interlocutores medico/doente/clinica se soma ainda a companhia de seguros, num esquema que se enquadra num contrato a favor de terceiros.

Relembre-se, para o efeito, a natureza e a estrutura do contrato a favor de terceiro.

Tal contrato pode ser definido como aquele em que uma das partes (o promitente) se compromete perante outra (o promissário) a efectuar uma atribuição patrimonial em benefício

de outrém, estranho ao negócio (o terceiro), podendo essa atribuição patrimonial configurar-se como a realização de uma prestação - art 443º/1.

[...]Concluindo-se como se veio de concluir, no sentido de que a admissão no Hospital A. de Amador se fez em função de um contrato a favor de terceiro, muito facilmente se compreenderá a fulcral importância para este terceiro e/ou para os seus familiares de virem a ser informados quanto ao momento em que a atribuição patrimonial indirecta da M.... em relação ao mesmo tivesse atingido o seu limite. Pois que, a ser necessária, em função da saúde do doente, a sua permanência no hospital, os respectivos custos não seriam já pagos pela seguradora, mas haveriam de o ser já mesmo.

Passa-se, assim, em determinado momento - que só o Hospital pode dominar - de uma relação contratual em que intercedia a seguradora, para uma relação contratual que se estabelece apenas entre a clinica e o doente, não obstante continuar a estar em causa um “contrato total”, conseqüentemente, não apenas os custos da prestação de actos médicos mas também os de internamento hospitalar. E sem que se esqueça que está em causa um contrato de execução continuada, cuja prestação não está exactamente determinada, acabando a obrigação de tratamento por ser uma obrigação genérica (art 400º CC) a carecer de ser sucessivamente determinada, do que decorre que os custos do internamento não são à partida do conhecimento do doente ou do dos seus familiares.

[...]

Note-se também que na situação dos autos, tanto quanto se crê, não assumia relevância autónoma a omissão de informação do Hospital A. relativamente aos cuidados de saúde que o estado de Amador terá vindo a exigir depois da intervenção operatória a que se reportava o (inicial) Termo Responsabilidade e que lhe terá implicado que não mais tivesse saído da unidade dos cuidados intensivos. Essa informação que terá passado a ser devida às RR., em função - tudo indica - da incapacidade accidental do doente, envolveria a situação clinica, o prognóstico, a necessidade de tratamento, os riscos do mesmo, as possíveis alternativas ... e era obviamente obrigatória para a A., como decorre do art 157º do CP, do art 57º CDOM (Código Deontológico da Ordem dos Médicos), das próprias als b), c) e d) do art 1161º CC e da Lei de Protecção do Consumidor. Mas a partir do momento em que as RR. - visitando o pai e marido todos os dias - terão tacitamente aceitado aqueles subsequentes e sucessivos tratamentos, só adjuvamente essa especifica omissão de informação poderia relevar nos autos.

De todo o modo, a omissão dessa informação não é seguramente relevante no presente recurso.

O que neste importa, é analisar até que ponto é que, por um lado, a omissão da informação por parte do Hospital A. relativamente ao esgotamento do capital do seguro, e por outro, a omissão de pedido de informação ao A. por parte das RR. relativamente àquele esgotamento, pode(m) influir na procedência do pedido, justificando ou não a total improcedência do mesmo como foi decidido na 1ª instância. Recorde-se que o tribunal recorrido decidiu pela total

improcedência do pedido, absolvendo correspondentemente as RR. da totalidade do pagamento do custo da prestação de serviços executada pelo A. relativamente a Amador e que não foi paga pela seguradora, fazendo-o, essencialmente, com fundamento nas exigências da boa fé, invocando para tanto o disposto no nº 2 do art 762º CC e fazendo apelo aos deveres acessórios de conduta. São, efectivamente, e em última análise, exigências de boa fé no cumprimento das obrigações que postulam que o A. não devesse ter negligenciado a informação às RR. relativamente ao esgotamento do capital seguro.

Mas a dificuldade estará em atribuir à indiscutível negligência do Hospital ao ter retardado muito significativamente a referida informação às RR. o efeito de repercussão directa sobre os custos dos serviços na parte não comparticipada pela seguradora, quando, muito evidentemente, não intercede entre esta obrigação e aquela outra qualquer sinalagma. [3]

Por isso entende-se que se devem precisar essas exigências de boa fé de modo a que se aceda a uma solução de acordo com a qual se possa e deva admitir que a não observância daquele dever de cuidado venha a ter reflexo no valor da contrapartida dos serviços prestados, pese embora a referida falta de reciprocidade dessa não observância relativamente ao aludido dever.

È isso que se tentará fazer.

Há muito que vem sendo evidenciado pela doutrina e jurisprudência a existência e a importância dos deveres acessórios de conduta, salientando-se que a «a relação contratual, para lá das atribuições (patrimoniais ou não patrimoniais) pretendidas pelas suas estipulações e pelo programa contratual voluntariamente instituído, impõe, a cada um dos sujeitos que nela participam, deveres de cuidado ordenados à defesa da integridade do status quo pessoal ou patrimonial do outro» [4], entendendo-se que tais deveres, fundamentando-se na regra de conduta segundo a boa fé (referido art 762º/2), constituem expressão das exigências da mesma.

Tais deveres de cuidado, também ditos deveres no tráfico [5], ou deveres de protecção, «ao expressarem a atenção, o respeito, a correcção e o cuidado que cada um dos sujeitos há-de ter para com aqueles com os quais fica em relação por via do contrato», merecerão, como o expressa Carneiro da Frada, «numa formulação abrangente», a designação de “deveres de consideração”. São deveres que se enxertam na relação contratual, «alicerçando-se na “realidade de facto” que esta constitui ou visa constituir, ou no “contacto social” que ela implica», e como o enfatiza o autor que se vem citando, «não fazem parte do programa contratual propriamente dito, nem é através deles (e sim dos deveres de prestar) que o contrato atribui (e reconhece) bens ou posições jurídicas».

Pretende evidenciar-se com estas considerações que o dever de informação que impedia sobre o Hospital relativamente às aqui RR. a respeito do esgotamento do capital objecto do seguro constituía manifestamente um dever de consideração, de protecção de cuidado, que aquele inobservou no relacionamento com estas.

Mas pretende também evidenciar-se que há circunstâncias que tornam particularmente

gravoso para o A. o incumprimento desse dever de informação.

É que o mesmo constitui-se no contexto dos autos como emanação de uma verdadeira culpa post pactum finitum, pois que o assinalado contrato a favor de terceiro em que, como se viu, se analisavam as iniciais relações tripartidas entre Hospital, M... e doente/segurado exigia manifestamente daquele que, esgotado que se mostrasse - em função dos cuidados de saúde entretanto prestados ao beneficiário do seguro- a atribuição patrimonial por parte desta, disso prontamente informasse o doente, ou os seus familiares, para que providenciasse(m), querendo, pela cessação de tais cuidados com a transferência para hospital público.

E esta culpa “post pactum finitum” ainda mais se acentua por se inserir numa “culpa da organização”, pois que, afinal, terá sido em função de uma “falha de organização” que o A. só muito tardiamente se apercebeu do esgotamento do capital seguro. Ora, esta organização, designadamente administrativa, sempre implicaria da sua parte uma acrescida exigência em estar atento àquela circunstância e implicaria, correspectivamente, uma maior confiança dos parentes do doente em que esse aspecto não viria a ser negligenciado, e por conseguinte, um afrouxar no cuidado de se informarem a respeito da referida circunstância.

Como é evidente, quando aqui, de algum modo, se convoca a maior definição que institutos como o da culpa “post factum finitum”, ou o da “culpa da organização” permitem para os assinalados “deveres de consideração”, não se está a pretender fazer apelo, por sua via, ao que se vem designando por “terceira via” na responsabilidade civil [6] - isto é, não se pretende que o Hospital A. ao ter negligenciado, como negligenciou, o dever de informação no aspecto já bem evidenciado, e desse modo tenha colocado em perigo o património das RR., se tenha constituído aqui em autónoma responsabilidade para com elas [7].

O que se pretende é inserir essa grave falta de consideração pelos interesses das RR. na culpa do lesado, tal como a mesma é configurada no art 570º CC, norma que há muito vem sendo utilizada também na responsabilidade contratual - pois que, se é indiscutível que o Hospital A. está lesado com a falta de pagamento pelas RR. das despesas que o tratamento e internamento do marido e pai destas lhe gerou, não deixa de ser verdade que com o seu referido comportamento acabou por concorrer para o agravamento daquelas despesas, por ser legítimo pressupor que estas teriam transferido o respectivo parente para um hospital público logo que cientes do esgotamento do capital seguro, como se prontificaram de imediato a fazer depois da reunião de 8/9/2011.

Diz, com efeito, aquele art 570º/1: «Quando um facto culposo do lesado tiver concorrido para a produção ou agravamento dos danos, cabe ao tribunal determinar, com base na gravidade das culpas de ambas as partes e nas consequências que delas resultaram, se a indemnização deve ser totalmente concedida, reduzida ou mesmo excluída».

Como é sabido a “culpa” em causa neste preceito é utilizada em função de um seu conceito amplo, desde logo abrangedor da actuação de inimputáveis, e não prescinde de uma «compreensão adequada da causalidade»[8] - é que o facto culposo do lesante há-de ser adequadamente concausal do respectivo dano[9], visto que o que se pretende é, em função do

princípio da auto-responsabilidade dos sujeitos, ter em consideração os danos ocasionados ou agravados por uma conduta do lesado.

Apesar do que se veio de ponderar, não se crê que se possa atribuir in casu à assinalada culpa do A. a virtualidade de justificar a total falta de pagamento pelas RR. da contraprestação devida pelos serviços daquele.

[...]

É que, não sendo razoável que sempre tivessem entendido que todos os cuidados, tratamentos e intervenções do Hospital relativamente ao seu parente Amador estavam cobertos pelo contrato de seguro de saúde e, assim, que todos aqueles custos seriam pagos directamente à A. pela M...., ficando a cargo do doente segurado apenas a franquia paga - e, por isso, este facto, por elas alegado, se não provou - também as mesmas não alegaram, e por isso não provaram, que em momento anterior ao da reunião de 8/9/2011 tivessem tentado obter informação relativamente aos valores já prestados pela A.

Ora, não podendo as RR. desconhecer que a intervenção cirúrgica que inicialmente estava prevista ser realizada no seu marido e pai não permitiu o esperado tratamento do mesmo, e que, foi por assim ser, que este não saiu da unidade dos cuidados intensivos, não podiam, naturalmente, deixar de se interrogar a respeito da insuficiência da cobertura do seguro relativamente às necessária e consabidamente muito onerosas despesas implicadas na permanência naquela unidade. E por isso, lhes cabia também a elas o dever de cabalmente se informarem junto do A. relativamente àquela circunstância. A ligeireza das RR. na opção que foram fazendo de não se esclarecerem, bem sabendo que o custo do internamento todos os dias aumentava, e que, inevitavelmente, aquela cobertura seria ultrapassada, implica também, no aspecto contratual em análise - do agravamento dos danos - culpa da sua parte.

Determina o referido nº 1 do art 570º caber ao tribunal determinar, com base na gravidade das culpas de ambas as partes e nas consequências que delas resultaram, se a indemnização deve ser totalmente concedida, reduzida ou mesmo excluída.

Ora, pelo que acima se referiu, a culpa do A. naquele agravamento dos danos - por efeito da desconsideração dos interesses patrimoniais das RR. ao ter negligenciado a informação referente ao plafond do seguro - mostra-se bem superior à culpa destas no agravamento desses danos - ao terem omitido informarem-se a respeito daquele plafond.

Mas, por outro lado, as consequências que resultaram, para a A., por um lado, e para as RR., por outro, das respectivas negligências, beneficiam manifestamente as RR., na medida em que seu marido e pai acabou por receber tratamentos e internamento correspondentes ao preço que o A. reclama nos presentes autos, e porque elas não tiveram os incómodos e preocupações que a transferência do mesmo para um hospital publico inevitavelmente lhes implicaria.

Por isso, se entende que a acção deve ainda proceder relativamente a 70% do que nela é pedido[...]

IV- DECISÃO

Tudo visto, decide-se julgar parcialmente procedente a apelação como de III decorre, consequentemente revoga-se a decisão recorrida sob a) do dispositivo que se substitui por estoutra que condena o Réu JD a reconhecer como passivo da herança aberta por morte de MAD a quantia de 4.703,91 euros (15.679,71 euros x 0.3] seja quatro mil setecentos e três euros e noventa e um cêntimos, acrescida de juros de mora a contar da sua citação até efectivo e integral pagamento mantendo-se b) da sentença recorrida.

Regime da Responsabilidade por Custas:As custas em ambas as instância são responsabilidade de Autor e Réu na proporção do decaimento (art.º 527/1 e 2)

Lxa., 21-10-2021

João Miguel Mourão Vaz Gomes

Jorge Manuel Leitão Leal

Nelson Borges Carneiro

[1] Na redacção que foi dada ao Código do Processo Civil pela Lei 41/2013, de 26/6, atentas as circunstâncias de a acção ter sido instaurada em 5/4/2016, e a decisão recorrida ter sido proferida em 10/10/2016 e o disposto nos art.ºs 5/1 da Lei 41/2013 de 26/7 que estatui que o novel Código de Processo Civil entrou em vigor no passado dia 1/09/2013 e que se aplica imediatamente; ao Código referido, na redacção dada pela Lei 41/2013, de 26/6, pertencerão as disposições legais que vierem a ser mencionadas sem indicação de origem.

[2] Vd. ALMEIDA, Carlos Ferreira de - op. cit., p 113, citado por ROCHA FRUTUOSO, Miriam Vieira da, “O Direito à Informação e o Dever de Informar em Contexto de Saúde”, 2012, págs. 79 e ss, Tese de Mestrado, Universidade do Minho, disponível on line em file:///C:/Users/MJ01089/Documents/SAÚDE/Miriam%20Vieira%20da%20Rocha%20Frutuoso.pdf

[3] No acórdão do STJ de 5/6/2018 proferido no mesmo processo, na sequência de recurso, relatado por Maria do Rosário Morgado evidencia-se os direitos do utente de cuidados de saúde enquanto consumidor, entendeu-se como base na disposição do art.º 9 da Lei da do Consumidor que consagra o direito à protecção dos interesse económicos do consumidor que o utente não quis contratar com a autora a prestação de cuidados de saúde, caso o seu custo viesse a exceder o montante do capital previsto no “termo de responsabilidade”, que a seguradora enviou directamente à autora, para efeitos da sua admissão no Hospital, absolvendo os réus do pedido.

Fonte: <http://www.dgsi.pt>