

FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
2013/2014

MESTRADO CIÊNCIAS-JURÍDICAS EMPRESARIAIS



redefining / standards

RELATÓRIO DE ESTÁGIO NA AXA PORTUGAL – COMPANHIA DE SEGUROS
S.A. E NA AXA PORTUGAL – COMPANHIA DE SEGUROS VIDA S.A.

TRABALHO REALIZADO POR:

ANDREIA DE BRITO

Nº 3119



DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ANTI-PLÁGIO

Declaro por minha honra que o trabalho que apresento é original e que todas as citações estão correctamente identificadas. Tenho consciência de que autorização de elementos alheios não identificados constitui grave falta ética e disciplinar.

AGRADECIMENTOS

Manifesto a minha profunda gratidão à Sr.^a. Professora Doutora Margarida Lima Rego, minha orientadora de Mestrado, que sempre se mostrou prontamente disponível para me auxiliar, tendo sido uma presença constante durante o processo de elaboração deste relatório.

Em segundo lugar, devo agradecer à empresa que me acolheu e me permitiu a realização do estágio curricular para efeitos de conclusão do Mestrado, a Axa Portugal – Companhia de Seguros S.A. e Axa Portugal – Companhia de Seguros Vida, S.A..

Por fim, mas não por último, não posso deixar de dirigir os meus agradecimentos à Dr.^a. Luciana Silva, por tão bem me ter acolhido durante o estágio e por todo o apoio que me prestou a nível profissional e, sobretudo, a nível pessoal. Agradecer à minha orientadora de estágio a Dr.^a. Inês Martins Rodrigues. Dirijo igualmente os meus agradecimentos ao Dr. André Castanheira Pinto, à Dr.^a Margarida Simão e à Dr.^a Ana Luís Couto, por tudo o que me ensinaram e pela paciência que sempre demonstraram comigo e, como não poderia deixar de ser, um agradecimento muito especial à Dr.^a. Maria João Rangel que, aos meus olhos, sempre será “A Mentora”.

I. INDICAÇÕES DE LEITURA

i) MODO DE CITAÇÃO

O modo de citação utilizado no presente trabalho, quer nas notas-de-rodapé quer na bibliografia final, em caso de monografias, traduz-se na apresentação, em primeiro lugar, do sobrenome do autor em maiúsculas seguido do seu nome próprio, posteriormente o título da obra em itálico, seguindo-se a indicação do volume, do nº de edição, local de publicação, editor, data e páginas, sendo que, este último elemento não aparece referido na bibliografia final.

No caso de se tratar de uma obra com vários autores, o modo de citação será o mesmo que anteriormente referido, porém, indicar-se-á apenas o nome de um dos autores que precede a indicação “et alii”, entre parênteses rectos.

Tratando-se de obras colectivas, o modo de citação utilizado consiste na indicação, em primeiro lugar, do sobrenome, em maiúsculas, do autor do texto referido, seguido do seu nome próprio, posteriormente o título do texto em questão antecedido e precedido de aspas, a indicação do título da obra em itálico antecedido da preposição “in”, o volume e o nº de edição, o nome do coordenador (es) da obra, antecedendo-se a abreviatura “Coord.”, posteriormente indica-se o local da publicação, editor, data e páginas, mais uma vez, este último elemento não consta da bibliografia final.

Caso se trate de uma obra de publicação periódica, o modo de citação utilizado consiste na indicação, em primeiro lugar, do sobrenome, em maiúsculas, do autor do texto referido, seguido do seu nome próprio, posteriormente o título do texto em questão antecedido e precedido de aspas, a indicação do título da publicação em itálico antecedido da preposição “in”, seguido do volume e nº de edição, local de publicação, editor, data e páginas, mais uma vez, este último elemento não consta da bibliografia final.

Alertamos, porém, que não sendo possível determinar algum ou alguns dos elementos *supra* referidos, estes não vão ser indicados.

A jurisprudência consultada aparece referida na bibliografia final do seguinte modo: referência abreviada de acórdão “Ac.” seguido das iniciais do tribunal que proferiu a decisão a que se faz referência, p.ex. “STJ”, seguido da indicação da data do acórdão, do nº de processo e, por fim, a indicação do relator do mesmo entre parênteses.

Nas notas-de-rodapé, e ainda quanto à jurisprudência, aparece apenas referida a data do acórdão em questão, p.ex., “Acórdão do Tribunal da Relação Porto de 20 de Dezembro de 2005”.

Por fim, as notas-de-rodapé terão a função de, ao longo do trabalho, permitir identificar imediatamente a obra ou acórdão que serviu de base a partes concretas da exposição, bem como, permitiram dar informações suplementares consideradas de interesse.

Na bibliografia final os autores surgem referidos por ordem alfabética, considerando a primeira letra do seu sobrenome.

ii) **NÚMERO DE CARACTERES (INCLUINDO ESPAÇOS):**

194 990

iii) **ACORDO ORTOGRÁFICO**

O presente relatório não foi redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico.

II. LISTA DE ABREVIATURAS

AXA – Axa Portugal - Companhia de Seguros S.A. e Axa Portugal - Companhia de Seguros Vida S.A.

CC – Código Civil: Decreto-Lei n.º 47 944, de 25 de Novembro de 1966 (com todas as alterações sofridas pelo diploma até ao ano de 2009).

CCom – Código Comercial: Carta de Lei, de 28 de Junho de 1888 (com todas as alterações operadas até ao ano de 2010).

CIRC – Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Colectivas: Decreto-Lei n.º 442-B, de 30 de Novembro (com todas as alterações sofridas até ao ano de 2013).

CIRS – Código sobre o Imposto das Pessoas Singulares: Decreto-Lei n.º 442-A, de 30 de Novembro (com todas as alterações sofridas até ao ano de 2013).

CPC – Código de Processo Civil: Lei n.º 41/2013, de 26 de Junho, rectificada pela Declaração de Rectificação n.º 36/2013, de 12 de Agosto).

CRP – Constituição da República Portuguesa: (com as alterações sofridas até à 7ª revisão constitucional no ano de 2005).

DL – Decreto-Lei

ISP – Instituto de Seguros de Portugal

LCS – Lei do Contrato de Seguro: Decreto-Lei n.º 72/2008 de 16 de Abril

NRAU – Novo Regime do Arrendamento Urbano: Lei n.º 6/2006, de 27 de Fevereiro (com as alterações introduzidas pela Lei n.º 31/2012, de 14 de Agosto).

SNS- Sistema Nacional de Saúde

III. SUMÁRIO ANALÍTICO

O presente relatório procurará enunciar e expor algumas daquelas que foram as principais matérias jurídicas desenvolvidas durante o período de estágio, e que surgindo sob a forma de resposta a perguntas que foram devidamente reformuladas para não comprometerem a confidencialidade dos dados disponibilizados aquando da sua formulação, versam sobre diferentes ramos de direito, porém, com especial incidência sobre o ramo do Direito dos Seguros.

Tratando-se de um trabalho académico, mostrou-se imperioso desenvolver-se com mais acuidade um tema determinado, *in casu*, a responsabilidade civil médica, tendo o interesse por este tema sido suscitado no decorrer do estágio curricular e da realização de uma pesquisa jurisprudencial sobre o mesmo.

O último capítulo deste trabalho versa, especificamente, sobre a problemática das penhoras das comissões de mediadores de seguros, de créditos provenientes de acidentes de trabalho e de Planos Poupança Reforma (PPR/E), uma vez que, esta foi uma problemática com a qual contactei directamente no início do estágio.

*

ANALYTICAL SUMMARY

The present report has the goal of enunciating and exposing some of the main judicial subjects that were developed during the period of internship, coming forth in the form of answers to questions properly reformulated as not to injure the confidentiality of data available while in the process of making said report, they deal with different branches of the law, although with a special focus on the field of Insurance Law.

It being an academic piece, it was of the utmost importance to focus more sharply on a specific theme, *in casu*, medical-civil responsibility, causing the interest in this matter due to the curricular internship and a case law research on the subject.

The last chapter of this paper focuses mainly on the problematic of seizure by insurance intermediary's commissions, credits from occupational accidents and illnesses and Retirement and Education Savings Plans (PPR/Es), this being one problematic with which I dealt directly in the early stages of the internship.

1. NOTAS INTRODUTÓRIAS

A Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa confere aos alunos do curso de Mestrado a possibilidade de, após a conclusão de dois semestres lectivos, realizarem um estágio com relatório final em substituição da realização da dissertação à maneira mais tradicional.

Foi na sequência desta oportunidade concedida pela Faculdade que, a 19 de Agosto de 2013 iniciei o meu estágio curricular na Axa Portugal – Companhia de Seguros S.A. e Axa Portugal – Companhia de Seguros Vida S.A.

Em termos de actividade, tratando-se de uma empresa de seguros, naturalmente exerce a actividade seguradora que, embora não definida no regime jurídico das empresas de seguro, consiste “ (...) *na exploração (isto é, na celebração e gestão) de contratos de seguro*”¹ comercializando vários tipos de seguros - seguros individuais e de grupo, seguros obrigatórios e facultativos, seguros de danos e seguros de pessoas – que, no caso da Axa Portugal – Companhia de Seguros Vida S.A, se tratam apenas de seguros do *Ramos Vida*, pois este é o seu objecto social, e no caso da Axa Portugal – Companhia de Seguros S.A., trata-se de seguros do ramo *Não Vida*, moldados e desenvolvidos consoante as necessidades manifestadas pelos seus clientes, quer se tratem de empresas ou de particulares.

Naturalmente autorizadas para o exercício da actividade seguradora, encontram-se sujeitas à autoridade do ISP - “ (...) *autoridade de supervisão da actividade seguradora, resseguradora, de mediação de seguros e de fundos de pensões*”² – que classificado como entidade reguladora independente, assegura a regulação de sectores sensíveis ou estratégicos, pautando-se por princípios de independência, neutralidade e imparcialidade.

O estágio teve a duração efectiva de cinco meses, compreendidos entre 19 de Agosto de 2013 e 15 de Janeiro de 2014.

Durante este período desempenhei funções no departamento de Assessoria Jurídica e Compliance, o qual integra quatro áreas distintas: a Gestão Administrativa, encarregada das tarefas burocráticas na função jurídica (tal como resposta a entidades oficiais e processamento de penhoras), o departamento de Compliance, dedicado à avaliação e redução de riscos legais para a companhia, o de Contencioso, onde é feita a

¹ VASQUES, João, *Direito dos Seguros*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag.77.

² VASQUES, João, *Direito dos Seguros*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag.65.

gestão dos processos judiciais e de componente de impugnação administrativa nas diversas áreas funcionais da companhia, e finalmente o de Consultoria Jurídica onde é prestado o aconselhamento em matéria regulamentar e legal, nas mais diversas áreas operacionais além da área preferencial de seguros, que representa o *core business* da AXA.

Tendo estado mais próxima do departamento de Gestão Administrativa e de Consultoria, tive oportunidade de contactar com várias matérias-chaves não só do foro da actividade seguradora, como outras que se apresentam como transversais à consultoria jurídica empresarial, sendo essa a razão pela qual, o presente trabalho espelha uma variedade de questões jurídicas com contacto com uma diversidade de ramos de Direito.

Durante o primeiro mês de estágio desempenhei, porém, funções de Gestão Administrativa, que foram tremendamente proveitosas e enriquecedoras, e que me ofereceram as ferramentas necessárias para executar as tarefas de Consultoria Jurídica que se seguiram. A actividade de Gestão Administrativa confere uma visão mais pragmática da actividade jurídica dentro de uma empresa, no caso, de uma seguradora, sem que, no entanto, se ausente de qualquer relação com a teoria do Direito, por essa razão, foi-me possível encontrar fortes relações entre as tarefas a executar e os conhecimentos adquiridos nos “*bancos da Faculdade*”.

Especificamente, na Consultoria Jurídica, produzi aconselhamento jurídico para ser prestado transversalmente à companhia, designadamente através da elaboração de pareceres e esclarecimentos *ad hoc* sobre diversas questões jurídicas colocadas directamente por Departamentos internos da companhia, e ainda por Colaboradores através de pequenos esclarecimentos ao abrigo da política interna de benefícios sociais, sobre ramos de Direito tão distintos como, Direito dos Seguros, Direito Laboral, Direito Fiscal, Direito do Arrendamento, Direito do Consumo, entre outros.

Não obstante, o presente trabalho, não tem apenas a pretensão de demonstrar aquelas que foram as tarefas e as questões jurídicas reflectidas estritamente durante o estágio, uma vez que, se trata de um trabalho académico conducente à concessão do grau de Mestre em Direito, a necessidade de demonstrar adequadamente o aprofundamento de matérias e de conhecimentos durante o estágio e mesmo posteriormente ao estágio, na fase de elaboração do presente, forçou-me a seleccionar a matéria que, de entre todas,

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

acabei por desenvolver mais, tendo, por isso, relegado para uma posição menor, em curtas referências, todas as outras em que tive ocasião de trabalhar, por essa razão, muitas das matérias trabalhadas não puderam ser incluídas no presente trabalho.

Deste modo, e na sequência daquela que foi uma solicitação específica durante estágio, decidi-me por desenvolver com mais detalhe o tema da responsabilidade civil médica, que se manifesta assim, como o tema preponderante do presente trabalho.

Explicitando, durante o período que trabalhei em assessoria jurídica, tive a oportunidade de desenvolver, uma pesquisa jurisprudencial sobre a responsabilidade civil médica, que se mostrou extremamente interessante.

Perguntar-se-á qual o interesse de uma seguradora nesta matéria mas, comercializando seguros de responsabilidade civil médica, compreende-se que decifrar o sentido da decisão dos tribunais seja essencial para a realização de um correcto provisionamento por parte destas empresas.

Para efeitos de realização do presente trabalho, esta temática foi mais desenvolvida, pois para além de serem expostas as principais conclusões retiradas da análise jurisprudencial já referida, procurou-se dar enquadramento ao tema, enunciando-se quais os aspectos da responsabilidade civil médica que têm vindo a ser mais discutidos no seio da doutrina e jurisprudência e se mostram essenciais para que se compreenda a problemática em questão.

No entanto, é imperioso que deixemos esclarecido que não se teve a pretensão de desenvolver exaustivamente esta temática, não tendo, sido esgotadas todas as questões que se levantam nesta sede.

Foram, portanto, deixadas de fora desta abordagem problemáticas de interesse igualmente elevado, mas que não se apresentavam pertinentes para o objectivo que norteou a escolha deste tema, isto é, perceber-se qual o sentido das decisões jurisprudenciais no que toca à aplicação do regime da responsabilidade civil médica e quais os principais problemas que o juiz e as partes enfrentam no processo de decisão da causa.

2. RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA

Deixamos duas notas prévias, a primeira quanto ao critério de selecção dos acórdãos analisados e que vão sendo referidos ao longo da exposição, esclarecendo que se procedeu à análise de todos os acórdãos que se encontravam disponíveis, até ao início do mês de Outubro do ano de 2013, do Supremo Tribunal de Justiça, do Supremo Tribunal Administrativo, dos tribunais da Relação e dos tribunais centrais administrativo, na base de dados do Instituto de Gestão Financeira e Equipamentos da Justiça (IGFEJ), sobre a responsabilidade civil médica.

Seguindo este critério, foram analisados 38 acórdãos dos tribunais judiciais e 19 acórdãos dos tribunais administrativos.

Uma segunda nota para dizer que nos debruçámos apenas e tão-somente sobre a responsabilidade civil médica subjectiva, sendo apenas feita uma breve nota sobre a responsabilidade penal e a responsabilidade civil objectiva dos profissionais de saúde.

2.1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A saúde é uma das condições mais decisivas para o desenvolvimento do plano de vida de cada pessoa, tendo para cada um de nós um significado próprio, mas sendo comumente aceite como um bem humano que manifesta uma relação próxima com a concepção de qualidade de vida.

Os cuidados de saúde são, actualmente, a expressão de cuidado profissional e institucionalizado, garantido a todos os cidadãos portugueses pelo artigo 64º da CRP que prescreve o direito à protecção da saúde.

Todavia, é sabido que o exercício da medicina pode causar danos aos pacientes, ainda que não intencionais.³

Se por um lado não parece justo relegar os danos sofridos pelos pacientes a um plano sem importância deixando que estes sejam suportados apenas por quem os sofre, por outro lado, devemos ter em conta que os profissionais de saúde também não podem ser excessivamente onerados no exercício das suas funções, até porque, *“a dor, a doença, a morte, as alterações da saúde constituem (...) algo ínsito ao ser humano – e*

³ GONÇALVES, Carla, *Responsabilidade Civil dos Médicos: Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag.359.

*cada médico em particular e o conjunto deles, em todo o mundo, busca aliviar esse sofrimento, remediar a enfermidade e restaurar a saúde”.*⁴

Neste contexto, no que concerne à reparação dos danos decorrentes de uma intervenção médica, podemos aceitar que os profissionais de saúde só venham a responder pelos danos provocados na esfera jurídica de outrem quando tenham agido com culpa, até porque, por regra, o médico assume uma obrigação de meios e não de resultados, não se comprometendo a curar, mas a prestar os seus serviços de acordo com as regras e os métodos da profissão, isto é, de acordo com as *leges artis*.⁵

Assim, a figura e a noção da responsabilidade médica assume contornos reguladores, assentes no princípio de reparar o prejuízo causado, pois ferindo-se um interesse protegido torna-se imperioso o seu ressarcimento.

Se a natureza do ressarcimento é patrimonial, configura-se a responsabilidade civil, duplamente baseada em não lesar o próximo e em reparar o dano causado, que não é confundível com a sanção criminal pela tutela de bens jurídicos diferentes. A responsabilidade civil supõe necessariamente este dever específico de reparação, por razões de pleno interesse individual e social.⁶

2.1.2. AUTONOMIA OU UNIDADE DA RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA

O problema da autonomia ou unidade da responsabilidade civil médica consiste em determinar-se se esta responsabilidade há-de subordinar-se a apenas um ou a mais regimes jurídicos, e a qual/quais regimes jurídicos se deve subordinar - se ao regime da responsabilidade contratual - se ao regime da responsabilidade extracontratual - ou ainda a um regime especial.

Optando-se por uma concepção unitária, o regime da responsabilidade civil dos médicos configurar-se-á como um regime transtípico, corrigindo a distinção entre os dois tipos tradicionais de responsabilidade - contratual e extracontratual - optando-se por uma concepção dualista ou pluralista, o regime da responsabilidade civil dos

⁴ GONÇALVES, Carla, *Responsabilidade Civil dos Médicos: Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag.360.

⁵ Mais desenvolvido a partir da pag.19.

⁶ NUNES, Lucília, «Responsabilidade Civil Médica» in *Curso Complementar de Direito da Saúde: responsabilidade civil, penal e profissional*, Centro de Estudos Judiciários, Lisboa, 2013, pag. 26.

médicos configurar-se-á como um regime típico – ou como o resultado da confluência ou concurso entre os dois regimes típicos de responsabilidade civil.⁷

Acolhe uma concepção dualista o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 07 de Outubro de 2010, esclarecendo que “ (...) *assistirá, pois, ao lesado uma dupla tutela (tutela contratual e tutela delitual), pois que o facto ilícito pode representar, a um tempo, violação de contrato e ilícito extracontratual. Tal tipo de danos, advenientes do defeituoso cumprimento da panóplia de obrigações assumidas, são pois e de per si, mesmo na falta de contrato, por natureza reparáveis em sede extracontratual, porquanto tradutores de violação culposa de direitos absolutos*”.

Durante muito tempo foi rejeitada a ideia de que entre o médico e o doente se celebrava um contrato e de que o incumprimento das obrigações assumidas por aquele profissional podia originar responsabilidade contratual, fundando-se o ressarcimento dos danos causados, aquando da prestação da assistência médica, apenas no regime delitual. Esclarece o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 01 de Julho de 2010, que tal forma de pensar encontra “ (...) *as suas raízes profundas no direito romano e na concepção que nele imperava de que o labor médico, como manifestação da inteligência humana, não era passível de ser objecto de uma transacção, o que seria acentuado pelo valor superior dos bens (como a vida e a saúde humana) com que a actividade médica contende. [Porém] o advento da Revolução Industrial e a consagração, nos códigos oitocentistas, da figura contratual de prestação de trabalho autónomo e subordinado, contribuiu para a aceitação da concepção contratual da actividade médica*”.

Hoje podemos inclusivamente afirmar que a responsabilidade civil médica tem por fonte, por via de regra, um contrato médico, devendo notar-se que da totalidade dos acórdãos dos tribunais judiciais analisados (38), uma maioria significativa conclui objectivamente por ter sido celebrado, no caso concreto, um contrato de prestação de serviços médicos (36).

O contrato médico mais não é que um contrato de prestação de serviços, artigo 1154º do CC., celebrado entre o médico e o paciente ou entre um estabelecimento de saúde e o paciente, que se caracteriza por ser socialmente típico, oneroso, sinalagmático,

⁷ PINTO OLIVEIRA, Nuno Manuel, «Responsabilidade civil em instituições privadas de saúde» in *Centro de Direito Biomédico – Responsabilidade Civil dos Médicos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pags.129 e 130.

com carácter *intuitu personae*, e de execução continuada, obrigando-se o médico a prestar ao doente os melhores cuidados ao seu alcance no intuito de lhe restituir a saúde, suavizar o sofrimento e prolongar a vida.

Como clarifica o Acórdão da Relação de Lisboa de 14 de Abril de 2005, “ (...) o contrato médico é uma convenção estabelecida entre o médico e o doente, ou um seu representante, pelo qual o médico aceita, a pedido do doente, ministrar-lhe os seus serviços, para os quais a sua profissão, legalmente, o habilita. Assim, em regra, a relação entre o médico de clínica privada e o doente que o procura configura uma relação contratual, um contrato de prestação de serviços, ou um contrato médico, pelo que lhe serão aplicáveis as regras da responsabilidade contratual”.

O contrato médico tem como características específicas ser um contrato essencialmente pessoal e um contrato que, em princípio, não obriga a um resultado, isto é, o médico não se obriga a curar o doente, mas apenas prestar-lhe os cuidados considerados úteis e necessários à eventual cura, todavia, trataremos *infra* esta questão com mais detalhe.

Contudo, pode também a responsabilidade do médico assumir natureza extracontratual quando, na prestação do serviço médico, objecto ou não de contrato, ocorreu violação culposa de direitos absolutos, como são, fundamentalmente, os direitos de personalidade (direito à vida, direito à saúde).

Concluiu-se que, se existir um contrato entre o médico e o paciente, a responsabilidade civil pelo acto médico assumirá natureza contratual caso o médico incumpra ou cumpra defeituosamente as obrigações assumidas, e numa segunda abordagem, poderá assumir natureza extracontratual, quando os danos resultantes do defeituoso cumprimento da ou das obrigações assumidas sejam também reparáveis em sede de responsabilidade aquiliana, porquanto tradutores da violação culposa de direitos absolutos. Se, porém, não existir uma relação contratual entre o médico e o paciente, a responsabilidade pelo acto médico assumirá natureza exclusivamente extracontratual.⁸

Esclarece EDUARDO DOS SANTOS JÚNIOR que, “ *pode ocorrer que uma mesma e só conduta geradora de um dano a outrem caia na previsão de normas de responsabilidade civil obrigacional e de normas de responsabilidade civil delitual (por exemplo, (...) o médico prescreve medicamentos que causam lesões ao paciente).*”

⁸ FERREIRA DE ALMEIDA, Carlos, «Os contratos civis de prestação de serviço médico», in *Direito da Saúde e Bioética*, Lisboa, AAFDUL, 1996, págs. 81 e 82.

Quando tal acontece, estamos perante um concurso legal, estando em causa um conflito positivo de regimes (um e outro regime são potencialmente aplicáveis) ”.⁹

O mesmo se conclui no Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 27 de Novembro de 2007, “ (...) *a responsabilidade civil médica pode apresentar - e será, porventura, a situação mais frequente - natureza contratual, assentando na existência de um contrato de prestação de serviço, tipificado no art. 1154.º do CC, celebrado entre o médico e o paciente, e advindo a mesma do incumprimento ou cumprimento defeituoso do serviço médico. Mas também pode apresentar natureza extracontratual, prima facie quando não há contrato e houve violação de um direito subjectivo, podendo ainda a actuação do médico ser causa simultânea das duas apontadas modalidades de responsabilidade civil*”. Por outro lado, “ (...) *Não pode haver responsabilidade médica contratual e extra-contratual se nenhum negócio jurídico bilateral existe entre médico e paciente*”, assim o dita o Acórdão da Relação de Lisboa de 13 de Dezembro de 2012.

É, por isso, fundamental compreender-se a relação que se estabelece entre o médico, a clínica e o paciente para se aferir qual (ou quais) o (s) regime (s) jurídico (s) aplicável (ou aplicáveis) ao caso.

Assim, à semelhança daquela que é a tendência jurisprudencial, tendo-nos sido possível concluir que a totalidade dos acórdãos dos tribunais judiciais analisados aceita e aplica os dois regimes de responsabilidade civil, defendemos também aqui a natureza dualista da responsabilidade civil médica cientes, porém, que optando-se por esta concepção, “ (...) *a responsabilidade civil dos médicos por actos praticados em clínicas privadas de saúde encontrar-se-á subordinada a dois conjuntos de princípios e de regras*”, devendo conferir-se ao lesado a faculdade de optar por uma ou outra espécie de responsabilidade ou de cumular, na mesma acção, regras de uma e outra à sua escolha, permitindo-lhe escolher o regime que melhor o proteja no caso concreto, pois esta é a solução que melhor se ajusta ao princípio do favorecimento da vítima, princípio esse que enforma o quadro legal, tal como conclui o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 04 de Março de 2008.

O mesmo conclui EDUARDO DOS SANTOS JÚNIOR, “ (...) *competirá ao autor (o lesado, que intente acção contra o lesante) invocar ou uma outra ou ambas as responsabilidades e respectivos regimes (embora para fundar um só direito à*

⁹ SANTOS JÚNIOR, Eduardo dos, *Direito das Obrigações – Sinópsis explicativa e ilustrativa*, Lisboa, AAFDL, 2010, pag.282.

*reparação, pois o lesado não poderá pretender ser indemnizado duas vezes pelo mesmo dano”.*¹⁰

2.1.3. PRESSUPOSTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL

No que concerne com os pressupostos, a responsabilidade civil médica não se reveste de particular especialidade, sendo-lhe, naturalmente aplicável os pressupostos gerais da responsabilidade civil contratual (artigo 790º do CC) e aquiliana (artigo 483º do CC). Assim como dispõe o Acórdão da Relação de Lisboa de 12 de Junho de 2012, “ (...) *é necessário, pois, que o facto do não-cumprimento se revista de ilicitude, que, no caso da responsabilidade contratual, se traduz numa relação de desconformidade entre o comportamento que seria necessário para a realização da prestação devida e o comportamento efectivamente tido. É, também, necessário que o médico tenha agido com culpa, tanto na falta da prestação como na deficiência da sua principal prestação, que é a de executar todos os actos necessários ao tratamento com o intuito de curar, ou na violação de qualquer dever de prestação secundária ou acessória. E é necessário, ainda, a existência de dano e do nexo de causalidade entre o comportamento do médico e o dano*”.

Esquematizando, em primeiro lugar exige-se a existência de um facto gerador de responsabilidade, um facto controlável pela vontade, um comportamento ou conduta humana – onde cabe, evidentemente, o acto médico.

Em segundo lugar, exige-se a ilicitude do facto, isto é, “ (...) *um juízo de desvalor sobre a conduta voluntária do agente que se traduza na inobservância ou desrespeito de um dever jurídico, um juízo de desvalor que incide sobre o comportamento em si e não (...) sobre o resultado dele (quer dizer, é o desvalor do facto e não o do resultado dele que está em causa no juízo de ilicitude)*”.¹¹

A ilicitude pode traduzir-se:

a) ou na violação de um direito de outrem, designadamente de direitos absolutos, como os direitos inerentes à personalidade, portanto, da lesão de um direito subjectivo;¹²

¹⁰ SANTOS JÚNIOR, Eduardo dos, *Direito das Obrigações – Sinópse explicativa e ilustrativa*, Lisboa, AAFDL, 2010, pag.283.

¹¹ SANTOS JÚNIOR, Eduardo dos, *Direito das Obrigações – Sinópse explicativa e ilustrativa*, Lisboa, AAFDL, 2010, pag.295.

¹² SANTOS JÚNIOR, Eduardo dos, *Direito das Obrigações – Sinópse explicativa e ilustrativa*, Lisboa, AAFDL, 2010, pag.297.

b) ou na violação de uma disposição legal destinada a proteger interesses alheios – “*Tratam-se, pois, de normas que não conferem direitos subjectivos, mas que, ainda assim, são destinadas a proteger interesses alheios, o que significa que a violação dessas normas pode legitimar um pedido de indemnização por parte de quem sofra um dano em razão da observância desses deveres (a este respeito, fala-se de danos patrimoniais puros, uma vez que ocorrem sem ter havido a violação de um direito subjectivo)*”.¹³

Em terceiro lugar, é necessário existir culpa: isto é, para que dê origem a responsabilidade, o facto, além de ilícito, deve ser culposo, não bastando reconhecer que o agente tenha procedido objectivamente mal.

Como afirma EDUARDO DOS SANTOS JÚNIOR, a culpa “ (...)traduz um juízo de censura ao agente, que assumiu uma conduta (positiva ou omissiva), quando podia e devia adoptar outro comportamento ”.¹⁴

Convocam aqui os tribunais, frequentemente, o Código Deontológico dos Médicos¹⁵, segundo o qual o médico deve exercer a sua profissão com o maior respeito pelo direito à saúde dos doentes, devendo assumir um comportamento profissional adequado à dignidade da sua profissão – obrigando-se, quando aceite o encargo ou perante o dever de atender um doente, à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, com respeito pelo princípio da dignidade do ser humano.

Evidencia o disposto o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 17 de Janeiro de 2013, ditando que “ (...) de harmonia com o preceituado no artigo 26º do Código Deontológico dos Médicos, o médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se por esse facto à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo com correcção e delicadeza, no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde, suavizar os sofrimentos e prolongar a vida, no pleno respeito pela dignidade humana ”.

Deve reter-se que a “ (...) culpa comporta duas formas: o dolo e a negligência (...) pode dizer-se que há dolo quando o agente actua com intenção de atingir o resultado danosos ou actua aceitando que esse resultado danoso, poderá advir da sua conduta;

¹³ SANTOS JÚNIOR, Eduardo dos, *Direito das Obrigações – Sinópse explicativa e ilustrativa*, Lisboa, AAFDL, 2010, pag.298.

¹⁴ SANTOS JÚNIOR, Eduardo dos, *Direito das Obrigações – Sinópse explicativa e ilustrativa*, Lisboa, AAFDL, 2010, pag.322.

¹⁵ Artigos 6º, nº 1, 12º e 26º do Código Deontológico dos Médicos.

*há negligência quando o agente não tem intenção de produzir o resultado danoso, mas actua omitindo um dever de diligência, o qual lhe ditaria que assumisse um comportamento diferente”.*¹⁶

Acrescenta ainda o Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa de 24 de Abril de 2007, que no que tange à culpa do médico, *“um dos factores a considerar na avaliação dessa culpa é, sem dúvida, a probabilidade da verificação acidental do dano sofrido pelo paciente. (...) Quanto maior for essa probabilidade, isto é, quanto maior for a probabilidade de o dano ter sido causado por uma situação fortuita e imprevisível, menor é a probabilidade de o médico ter actuado negligentemente. Nessa mesma perspectiva, um erro grosseiro – isto é, uma violação indiscutível segundo o estado de conhecimento da ciência médica no momento do diagnóstico ou do tratamento – é suficiente para indiciar, através de uma presunção judicial ou prova prima facie, a negligência do médico, pois que dificilmente se pode aceitar (e demonstrar) que a lesão efectivamente sofrida pelo paciente não tem origem naquele erro”.*

Em quarto lugar, a obrigação de indemnização pressupõe sempre a existência de um dano, seja este patrimonial ou não-patrimonial, *“ (...) nunca pode ocorrer a responsabilidade civil sem o dano, pois, não havendo dano, nada há que indemnizar (...) Pode dizer-se que o dano (por vezes dito, prejuízo) se traduz na afectação ou perda de um bem tutelado pelo direito (...) [sendo que] a avaliação da gravidade [é feita] segundo um padrão objectivo e em função do merecimento ou não de tutela”.*¹⁷

O quinto pressuposto da responsabilidade civil é a existência de um nexo de causalidade entre o acto médico e o dano sofrido pelo doente, de modo a poder-se concluir que este – o dano – resulta daquele – o acto médico.

Como evidencia EDUARDO DOS SANTOS JÚNIOR, *“ (...) É ponto assente que o conceito de causalidade não é meramente fáctico, mas jurídico. e que, necessariamente, uma limitação tem de ocorrer ou poder-se-ia assistir a cadeia infindável ou imensa de danos que, por mais remotos que fossem, se poderia ainda dizer terem sido causados pelo comportamento do agente”.*¹⁸

¹⁶ SANTOS JÚNIOR, Eduardo dos, *Direito das Obrigações – Sinópse explicativa e ilustrativa*, Lisboa, AAFDL, 2010, pag.323.

¹⁷ SANTOS JÚNIOR, Eduardo dos, *Direito das Obrigações – Sinópse explicativa e ilustrativa*, Lisboa, AAFDL, 2010, pag.341.

¹⁸ SANTOS JÚNIOR, Eduardo dos, *Direito das Obrigações – Sinópse explicativa e ilustrativa*, Lisboa, AAFDL, 2010, págs. 3487 e 348.

A obrigação do médico não é a de ressarcir todos e quaisquer danos que sobrevenham ao facto ilícito, mas tão só os que ele tenha na realidade ocasionado, quando se verifique um nexo de causalidade (adequada) entre o facto (acto médico) e o dano (o prejuízo) originado, circunscrevendo-se, assim, a obrigação de indemnizar - “ (...) o facto só deixará de ser causa adequada do dano, desde que se mostre, por sua natureza, de todo inadequado e tenha sido produzido apenas em consequência de circunstâncias anómalas ou excepcionais”.¹⁹

2.1.4. *LEGES ARTIS*

Considera FERNÁNDEZ HIERRO que, as *leges artis* devem ser vistas como as normas de conduta que exigem o “bom comportamento” do profissional de saúde, algo semelhança áquele que deve ser o comportamento do *bónus pater familiae*.²⁰ Inclui o mesmo autor dentro do conceito de *leges artis* as normas deontológicas aprovadas pela Ordem dos Médicos, os usos que são reconhecidos universalmente pela medicina, ou seja, pelos profissionais de saúde e pelas várias organizações médicas (incluindo a própria Ordem) e que são ensinados nas universidades como sendo as “boas práticas”.²¹

De acordo com a jurisprudência nacional, as *leges artis* traduzem-se no “conjunto de regras da arte médica, isto é, das regras reconhecidas pela ciência médica em geral como as apropriadas à abordagem de um determinado caso clínico, na concreta situação em que tal abordagem ocorre”²², que impõe aos médicos que, aquando do tratamento, utilizem “ (...) os seus melhores recursos técnicos, desenvolvendo as suas melhores valências e competências”.²³

Também a doutrina chega às mesmas conclusões sobre o conteúdo e função das *leges artis* na responsabilidade médica, destacando LUCÍLIA NUNES que “o cuidado profissional não pode ter outros limites senão os decorrentes dos princípios éticos, das normas deontológicas e legais enquadrados nas situações concretas, balizadas por dados da evidência e suporte científico, sem, no entanto, se descuidar que a diversidade de situações e a diferença entre os pacientes fundamentam a necessidade de adequar o

¹⁹ Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 17 de Janeiro de 2013.

²⁰ FERNÁNDEZ HIERRO, José Manuel, *Sistema de Responsabilidad Médica*, Tercera Edición, España, Granada, 2000, pag.219.

²¹ FERNÁNDEZ HIERRO, José Manuel, *Sistema de Responsabilidad Médica*, Tercera Edición, España, Granada, 2000, pag.223.

²² Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 01 de Julho de 2010.

²³ Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 17 de Janeiro de 2013.

cuidado”.²⁴ Assim se conclui que é no controlo dos riscos e dos perigos que ameaçam a qualidade dos cuidados que se realiza plenamente a obrigação profissional médica.

No fundo, o que se procura evidenciar é que integra o conceito de *leges artis* um critério individualista, pois estas concretizam-se no caso concreto, face a um quadro clínico específico e, por essa mesma razão, não poderemos, neste contexto, falar de regras médicas gerais e estandardizadas aplicáveis a qualquer eventualidade clínica, mas antes, de um padrão de conduta profissional que o médico está obrigado a seguir relativamente a um quadro clínico particular

Torna-se evidente, face ao exposto, que a (não) violação das *leges artis* é absolutamente fundamental para se determinar se o médico (não) deve incorrer em responsabilidade civil médica.

Em suma, e como conclui o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 15 de Outubro de 2009, “ (...) ao médico (seja qual for a sua obrigação, estando ou não vinculado por contrato) é exigido que cumpra as *leges artis* (...) com a diligência normal de um bom pai de família. É esta a forma de cumprimento lógica, coerente e consequente que o médico tem do exercício de qualquer acto médico. Convém não esquecer que neste domínio existem dois deveres, cuja observância é fundamental, a saber: o dever do médico de dar ao paciente um total e consciente esclarecimento sobre o acto médico que nele se vai realizar, as suas características, o grau de dificuldade, de necessidade ou desnecessidade, as suas consequências e, acima de tudo, o risco envolvente do referido acto médico; e o dever de colaboração do paciente fornecendo ao médico, com verdade qualquer facto da sua história clínica, com relevância para promover o sucesso ou evitar o insucesso do mesmo acto médico”.

2.1.5. CONSENTIMENTO E O DEVER DE ESCLARECIMENTO

Como já tivemos oportunidade de aflorar, o paciente que entra em contacto com um médico está protegido na sua integridade física e moral, quer o médico esteja a exercer uma actividade liberal, quer seja empregado de uma instituição privada de saúde ou quer seja funcionário de uma instituição pública de saúde, e em todos estes cenários,

²⁴ NUNES, Lucília, «Responsabilidade Civil Médica» in *Curso Complementar de Direito da Saúde: responsabilidade civil, penal e profissional*, Lisboa, Centro de Estudos Judiciários, 2013, pag.31.

impõe-se ao médico a obtenção prévia do consentimento informado do paciente (artigos 38º e 39º do Código Deontológico).²⁵

Como bem reflecte o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 15 de Outubro de 2009, foi a partir da teorização e consciência social do risco médico, que se passou a valorizar a participação do paciente, dando-lhe por direito, toda a informação e consciência do referido acto, obtendo assim a sua própria autonomia.

É muito importante reter-se que “ (...) o consentimento do próprio lesado exclui a ilicitude do acto danoso (...) Compreende-se que seja assim, quando se atente em que a responsabilidade civil, que gera a obrigação de indemnizar, tutela interesses privados, normalmente disponíveis; se o próprio prescinde da tutela do seu direito e consente na sua lesão por outra pessoa, a actuação desta não será ilícita: é o que traduz a máxima latina *in volenti non fit iniuria* ”.²⁶

Realça ainda o citado acórdão a importância do dever de esclarecimento, clarificando que (...) o dever de esclarecer o paciente subsiste, autonomamente, em relação a outros deveres resultantes de eventual contrato entre médico e doente. Este dever de colaboração (que será tanto mais optimizado quanto mais eficiente e completo tiver sido o esclarecimento ao paciente transmitido) inclui, em substância, para além da exposição e resposta com verdade e sem qualquer omissão ao seu histórico clínico, (...) a notícia, [por exemplo], de eventuais incompatibilidades ou restrições à toma de fármacos”. No fundo, o que se deve ter por salientado é que, “o consentimento só é valido se for livre e esclarecido, isto é, se forem fornecidos ao doente todos os elementos que determinaram a consentir na intervenção médica que contratou”, Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 18 de Março de 2010.

Alguns tribunais têm concluído que, existindo um contrato médico, deve retirar-se a conclusão de que o paciente já deu o seu consentimento devendo aligeirar-se o dever de informação que impende sobre o médico. Assim o diz o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 18 de Março de 2010, “ (...) tendo a autora escolhido livremente a clínica ré, estamos num domínio inteiramente privado, sendo que esta livre escolha induz uma tácita aceitação da orientação médica que na clínica receba: isto é, alguém que escolhe previamente um determinado médico ou clínica privada porque confia nele, exigirá

²⁵ OLIVEIRA, Guilherme de, *Temas do Direito da medicina I*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pág. 65.

²⁶ SANTOS JÚNIOR, Eduardo dos, *Direito das Obrigações – Sinópse explicativa e ilustrativa*, Lisboa, AAFDL, 2010, pag.321.

dele uma «informação menos informada», predispondo-se a aceitar as indicações médicas que receba nos mesmos termos, com o mesmo crédito de confiança com que firmou a sua escolha”.

No entanto, cremos que não se pode concluir que a necessidade do consentimento prévio e informado tem como fundamento único a existência de uma relação contratual entre o médico e o paciente, pois daí derivaria que, na falta de uma relação desse tipo, não haveria fundamento para essa necessidade – quando é certo que é possível dizer que estão em aumento as formas de intervenção médica no quadro de serviços públicos e, portanto, à margem da estrutura contratual típica.

Assim, e alicerçando-nos nas palavras de GUILHERME DE OLIVEIRA, “*o dever do médico de não praticar actos clínicos sobre uma certa pessoa nasce e existe antes de qualquer contacto individual com o doente concreto, antes de esboçada qualquer relação contratual*”.²⁷

No silêncio de disposição legal específica sobre esta matéria, deve entender-se que é de exigir que a informação a ser prestada pelo médico seja suficiente para o esclarecimento de um leigo sobre o tratamento que lhe vai ser aplicado, só assim se assegura um consentimento esclarecido, sendo-nos, no entanto possível, retirar da leitura do Acórdão da Relação de Lisboa de 12 de Junho de 2012, alguns elementos que não devem estar omissos, nomeadamente, informação sobre (i) o acto médico que se vai realizar, (ii) as suas características, (iii) o grau de dificuldade do mesmo, (iv) o seu grau de necessidade ou desnecessidade, (v) as suas consequências previsíveis e, (vi) os riscos que este envolve para o paciente.

Caso o consentimento seja ineficaz, o médico deverá responder por todas as consequências negativas posteriores à intervenção.

Em suma, “*(...) A intervenção ou tratamento médico deve ser precedido de consentimento (princípio do consentimento prévio) e esse consentimento tem de ser esclarecido (princípio do consentimento esclarecido). O consentimento é a expressão da autonomia e realização do direito de personalidade e fundamental à integridade*

²⁷ OLIVEIRA, Guilherme de, *Temas do Direito da medicina I*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pág. 63.

moral. Para que o consentimento seja livre e esclarecido ele deve ser precedido de informação leal, clara e precisa.”²⁸

Face ao exposto, é possível notar-se que, *“quer em atos normativos da União Europeia, quer em tratados de Direito Internacional e convenções de Direito Internacional de que Portugal é parte, como a Convenção Europeia dos Direitos do Homem e da Biomedicina, os direitos dos pacientes têm vindo a ser progressivamente afirmados (...) [sendo o] reconhecimento dos direitos dos pacientes feito independentemente do modelo de saúde de cada Estado, [isto é] quer tenhamos um sistema assente eminentemente em relações privadas, como os Países Baixos, quer tenhamos um sistema de Serviço Nacional de Saúde, como Portugal, Espanha ou o Reino Unido. Estes direitos têm, esta transversalidade, independentemente do modelo adotado à luz do texto constituinte de cada Estado”²⁹*.

2.1.6. OBRIGAÇÃO DE MEIOS OU DE RESULTADO

Outra importante questão que tem ocupado os tribunais portugueses quando apreciam a responsabilidade civil médica, é a de saber se a execução de um contrato de prestação de serviços médicos implica uma obrigação de meios ou uma obrigação de resultado.

Tradicionalmente distingue-se as obrigações de meios e as obrigações de resultado do seguinte modo: nas primeiras, o devedor compromete-se a adoptar o grau de diligência necessária e exigível a uma determinada finalidade; nas segundas, o devedor compromete-se a alcançar um objectivo determinado, uma finalidade.³⁰

Tem, no entanto, a jurisprudência destacado o carácter aleatório ou não aleatório do resultado final para providenciar uma distinção mais fidedigna destes dois tipos de obrigações, concluindo que se a obrigação tender à realização de um resultado em si mesmo aleatório há-de considerar-se em princípio uma obrigação de meios porém, se a

²⁸ MONGE, Cláudia, «A responsabilidade dos estabelecimentos hospitalares integrados no Serviço Nacional de Saúde por atos de prestação de cuidados de saúde», in *Novos temas da responsabilidade civil extracontratual das entidades públicas*, Coord. Carla Amado Gomes e Miguel Assis Raimundo, Lisboa, Instituto de Ciências Jurídico-Políticas, 2012, pags.111 e 112.

²⁹ MONGE, Cláudia, «A responsabilidade dos estabelecimentos hospitalares integrados no Serviço Nacional de Saúde por atos de prestação de cuidados de saúde», in *Novos temas da responsabilidade civil extracontratual das entidades públicas*, Coord. Carla Amado Gomes e Miguel Assis Raimundo, Lisboa, Instituto de Ciências Jurídico-Políticas, 5 de Dezembro de 2012, pag.109.

³⁰ PINTO OLIVEIRA, Nuno Manuel, «Responsabilidade civil em instituições privadas de saúde» in *Centro de Direito Biomédico – Responsabilidade Civil dos Médicos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pags.129 e 143.

obrigação prossegue a realização de um resultado que deve ser normalmente alcançado pela aplicação das técnicas de que dispõe o devedor e que ele domina, há-de considerar-se em princípio uma obrigação de resultado.³¹ Assim, conclui o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 07 de Outubro de 2010, “*O critério distintivo entre obrigações de meios (ou de pura diligência) e obrigações de resultado, reside, respectivamente, no «carácter aleatório» ou, ao invés, «rigorosamente determinado» do resultado pretendido ou exigível pelo credor*”.

No mesmo sentido, o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 15 de Novembro de 2012, que dita que nas “*típicas obrigações de resultado, o cumprimento apenas se considera satisfeito quando ocorre o resultado projectado pelas partes. (...) Em tais situações, a obtenção de resultado pretendido pelo credor faz parte da essência do próprio contrato, (...) Mas o valor de tal afirmação não pode ser absoluto, designadamente em casos em que o prestador do serviço, sem deter o total domínio do processo executivo, está submetido ou condicionado pela interferência de factores externos, designadamente os inerentes aos riscos próprios de determinadas actividades. Por isso que, em tais situações, basta que nos fixemos numa obrigação de meios, cujo cumprimento ou incumprimento, com relevo para efeitos de verificação ou não de responsabilidade civil, deve ser aferido em função do empenho, da diligência ou da aplicação dos conhecimentos adequados à concreta situação*”.

Compreender se a obrigação assumida pelo médico é de meios ou de resultado é essencial, uma vez que, os critérios de ilicitude e de culpa da responsabilidade contratual estão estreitamente relacionados com esta distinção, pois “*(...) nas obrigações de resultado, a inobservância do cuidado ou diligência exigíveis constitui critério da culpa; nas obrigações de meios, já constituirá critério da ilicitude*”.³²

Transportando a distinção para a execução de um contrato de prestação de serviços médicos, é comum considerar-se que a prática do acto médico co-envolve, normalmente, da parte do médico, enquanto prestador de serviços que apelam à sua diligência e saber profissionais, a assunção de uma obrigação de meios.

³¹ PINTO OLIVEIRA, Nuno Manuel, «Responsabilidade civil em instituições privadas de saúde» in *Centro de Direito Biomédico – Responsabilidade Civil dos Médicos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pags.129 e 189.

³² PINTO OLIVEIRA, Nuno Manuel, «Responsabilidade civil em instituições privadas de saúde» in *Centro de Direito Biomédico – Responsabilidade Civil dos Médicos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pags.129 e 188.

Como se refere no Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 04 de Março de 2008, “*é comum considerar-se que a prática de acto médico envolve, da parte do médico enquanto prestador de serviços que apelam à sua diligência e saber profissionais, a assunção de uma obrigação de meios*”, por isso “*existe incumprimento se é cometida uma falta técnica, por acção ou omissão dos deveres de cuidado, conformes aos dados adquiridos da ciência, implicando o uso de meios humanos ou técnicos necessários à obtenção do melhor tratamento*”. Embora, um sector da doutrina encare todas as obrigações como obrigações de resultado nas suas várias facetas, entendendo que o único interesse do credor estará nesse resultado e que a sustentação da apontada diferenciação pode constituir um elemento perturbador face à presunção de culpa plasmada no normativo inserto do artigo 799º, nº1 do CC³³, a maior parte da doutrina nacional subscreve a tese da diferenciação da natureza das sobreditas obrigações, embora divirja no que toca ao efectivo interesse da sua destriça.

A tendência jurisprudencial é, *mutatis mutandis*, a de completa aceitação do binómio obrigações de meios/obrigações de resultado, por vezes, fazendo retirar da diferença entre os dois tipos de obrigações as consequências ao nível da repartição do ónus da prova da culpa.

De 38 acórdãos dos tribunais judiciais analisados³⁴, os que se debruçam sobre a questão, admitem a distinção entre obrigações de resultados e de meios, embora nem todos considerem que esta distinção apresenta relevância ao nível da presunção do ónus da prova, porém, esclareceremos melhor esse aspecto *infra*. Do mesmo universo de acórdãos, 23 concluem que a obrigação assumida pelo médico no caso concreto é de meios, 5 concluem que o médico se obrigou a um resultado específico, nos restantes casos não fica clara a conclusão do tribunal ou não é de todo explorada a questão.

Ora, por aqui se compreende a conclusão a que se chega no Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 15 de Novembro de 2012, “*(...) mais vincada é a qualificação da obrigação contratual, como obrigação de meios, quando nos situamos na generalidade dos contratos que envolvem a prestações de serviços médicos. (...) É nos cuidados de saúde que relevam de vínculos contratuais que se encontram os*

³³ FERREIRA DE ALMEIDA, Carlos «Os contratos civis de prestação de serviços médicos» in *Direito da saúde e bioética*, Lisboa, AAFDUNL, 1996, pags.110 a 112.

³⁴ Referimo-nos a 13 acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça e 25 acórdãos dos tribunais da Relação.

exemplos mais paradigmáticos de obrigação de meios, por oposição a obrigações de resultado”.

Note-se que, a distinção entre os dois tipos de obrigações tem relevância prática, pois, tendo o médico assumido uma obrigação de meios, não se pode admitir que o paciente possa ser ressarcido em razão de a intervenção médica não ter produzido o resultado esperado, uma vez que, o médico não se comprometeu a prestar o resultado em si, e como afirma o Acórdão do Tribunal da Relação do Porto de 27 de Outubro de 1998 “(...) *um mau resultado não prova, sem mais, um mau tratamento. O médico pode não obter o resultado pretendido. Isso não lhe é censurável, se actuou segundo a normalidade da prática clínica ou cirúrgica*”.

Assim, o médico erra, sendo a sua obrigação de meios, não quando não atinge o resultado da cura ou da minoração do mal ou do sofrimento do paciente, mas quando não utiliza as técnicas e conhecimentos que definem, em cada momento, as *leges artis*, com diligência, perícia e consideração. Como se diz no Acórdão da Relação do Porto de 20 de Julho de 2006, a responsabilidade civil médica supõe a culpa por o médico “*não ter usado o instrumental de conhecimento, o esforço técnico, que se pode esperar de qualquer médico numa certa época e lugar*”.

Resulta do *supra* exposto que, sendo a prestação do médico, por norma, uma obrigação de meios, não pode este ser responsabilizado pela não obtenção de um resultado, mas sim:

- a) pela circunstância de usar meios impróprios nos serviços que se obrigou a prestar, uma vez que se exige que actue em conformidade com a diligência que a situação clínica do paciente impõe ;
- b) ou pela circunstância de omitir actos que essa diligência requer.

Todavia, como já se teve oportunidade de afirmar, é incorrecto considerar-se que a obrigação assumida pelo médico é sempre de meios e nunca de resultado. Apontando a decisão do Supremo Tribunal de Justiça de 04 de Março de 2008, que dispõe que, em especialidades como medicina interna, cirurgia geral, cardiologia, gastroenterologia, o especialista compromete-se a uma obrigação de meios; nas especialidades que não visam uma actuação directa sobre o corpo do doente, mas antes auxiliar na cura ou tentativa dela, como sejam os exames médicos realizados, por exemplo, nas áreas da bioquímica, radiologia e, sobretudo, nas análises clínicas, é dificilmente aceitável que se

esteja perante uma obrigação de meios, devendo considerar-se que se trata de obrigações de resultado.³⁵

Não obstante, como bem esclarece o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 15 de Outubro de 2009, um mesmo médico, no exercício de uma mesma especialidade (ex. cirurgia) poderá num determinado momento e em relação a um determinado paciente assumir uma obrigação de meios e noutro momento uma obrigação de resultados, “(...) *no caso de intervenções cirúrgicas, em que o estado da ciência não permite sequer, a cura mas atenuar o sofrimento do doente, é evidente que ao médico cirurgião está cometida uma obrigação de meios, mas se o acto médico não comporta, no estado actual da ciência, senão uma ínfima margem de risco, não podemos considerar que apenas está vinculado a actuar segundo as *leges artis*; aí, até por razões de justiça distributiva, haverá de considerar que assumiu um compromisso que implica a obtenção de um resultado. A prestação do médico, tanto na responsabilidade contratual, como na extra contratual, sendo a obrigação de meios ou de resultado projecta-se, sempre no cumprimento diligente das *leges artis* e com a prova desse cumprimento se exonerará*”

Em conclusão, deve atentar-se, caso a caso, no objecto da prestação solicitada ao médico ou ao laboratório, para saber se, no caso em concreto, estamos perante uma obrigação de meios – a demandar apenas uma actuação prudente e diligente segundo as regras da arte – ou perante uma obrigação de resultado, com o que implica de afirmação de uma resposta e de um resultado peremptórios e inequívocos, e é por essa razão que, “ (...) *na obrigação de meios, o devedor fica exonerado no caso de o cumprimento demandar uma exigência maior que a que prometeu, e quer a impossibilidade subjectiva como a objectiva não imputáveis ao devedor o exoneram; e que, na obrigação de resultado, só a impossibilidade objectiva e não culposa libera o devedor*”, Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 15 de Outubro de 2009.

³⁵ Vem sendo questionada se a obrigação do médico-cirurgião, quando se trate de intervenções cirúrgicas ditadas unicamente por razões de ordem estética, designadamente operações de lifting ou de emagrecimento ou intervenções cirúrgicas de implantes mamários, podem/devem ser consideradas obrigações de meios ou de resultado. A jurisprudência encontra-se dividida, havendo decisões no sentido de que se trata de uma obrigação de resultado, ex. Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 13 de Setembro de 2011, e no sentido de se tratar de um obrigação de meios, ex. Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 15 de Novembro de 2012.

2.1.7. PRESUNÇÃO DE CULPA – ARTIGO 799º DO CC

Sem dúvida, uma das questões mais controversas no que concerne a responsabilidade civil médica é conclusão pela aplicação ou não aplicação da presunção de culpa disposta no artigo 799º do CC., ao médico.

Como já se referiu, por norma, a responsabilidade civil do médico poderá ser contratual ou extracontratual, e não é indiferente a distinção entre uma e outra, pois como se afirma no Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 15 de Novembro de 2012 *“A aferição e afirmação da natureza da responsabilidade civil ganham relevo para efeitos de preenchimento do elemento subjectivo, já que, enquanto na responsabilidade extracontratual ou aquiliana é sobre o lesado que recai o ónus de provar a existência de culpa relativamente à prática do facto ilícito (art. 487º, nº 1, do CC), na responsabilidade contratual, provada que seja uma situação de incumprimento ou de cumprimento defeituoso da obrigação assumida, presume-se a culpa, recaindo sobre o prestador de serviços (devedor) o ónus da sua elisão (art. 799º, nº 1, do CC)”*.

A questão do ónus da prova é fulcral no desenvolvimento dos processos judiciais, uma vez que, decidindo os tribunais as questões que lhe são submetidas de acordo com os factos dados como provados, há que apurar como chega o tribunal ao apuramento desses factos.

Todavia, esta é uma questão tudo menos pacífica quer na doutrina quer na jurisprudência.

Parte da doutrina e da jurisprudência propende para entender que, salvo em casos excepcionais, a presunção de culpa do devedor consagrada no artigo. 799º, nº 1, do CC., não tem lugar no domínio da responsabilidade civil médica, isto porque recai sobre o médico, normalmente, uma obrigação de meios pelo que o ónus da prova da culpa deve ser determinado exclusivamente pelo regime da responsabilidade extracontratual.³⁶

Assim, como refere o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 17 de Janeiro de 2013, *“Este tipo de contrato de prestação de serviços médicos, em termos gerais, pode implicar para o respectivo executor uma obrigação de meios ou uma obrigação de resultado, não sendo indiferente a sua qualificação e a diferenciação que eventualmente daí advenha para efeitos de aplicação do preceituado no disposto no*

³⁶ TEIXEIRA DE SOUSA, Miguel, *O Ónus da prova nas Acções de Responsabilidade Civil por Actos Médicos*, Lisboa, Almedina, 2ª Edição, 2007, pág. 48.

artigo 799º, nº1 do CCivil, em sede de ónus da prova e presunção de culpa no que tange à responsabilidade médica.”.

Porém, caso o médico se tenha obrigado a um resultado, como se refere no Acórdão da Relação de Lisboa, de 29 de Abril de 2007, em relação à área da cirurgia estética, em que o médico se compromete a obter um certo resultado estético no paciente, ou no caso de transfusão sanguínea em que o médico assume a não existência de qualquer risco para o paciente, ou no caso das análises e exames laboratoriais, nos exames radiológicos, no campo da odontologia, entre outras, uma vez que, como referido, deve sobre este recair o ónus da prova.

O mesmo conclui o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 07 de Outubro de 2010, *relativamente a um médico especialista (v.g. um médico obstetra a quem é cometida a tarefa de proceder, com êxito, à extracção de um feto ou executar as manobras próprias de um parto), já se torna compreensível a aludida inversão do ónus da prova por se tratar de uma obrigação de resultado – devendo o especialista em causa ser civilmente responsabilizado pela simples constatação de que a finalidade proposta não foi alcançada (prova do incumprimento), o que tem por base a sobredita presunção da censurabilidade ético-jurídica da sua conduta (sem embargo, todavia, de ele poder provar o contrário) ”.*

Contudo, ressalva bem o Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa de 24 de Abril de 2007, que poder-se-á defender que o nº 2 do artigo 493º do CC., que estabelece uma presunção de culpa a cargo de quem causar danos a outrem no exercício duma actividade perigosa, seja por sua própria natureza, seja pela natureza dos meios utilizados, só se livrando da obrigação de indemnizar “*se mostrar que empregou todas as providências exigidas pelas circunstâncias com o fim de os prevenir*”, também seria aplicável no âmbito da responsabilidade médica, por serem frequentemente utilizados, no decurso dos tratamentos médicos e intervenções cirúrgicas, coisas e instrumentos perigosos.

Todavia, predomina o entendimento segundo o qual a regra citada apenas funciona quando há utilização, pelo médico, de aparelhos ou máquinas que exigem um manuseamento cuidado e atento: só nestes casos é que incumbe ao médico provar que os danos provocados por um desses aparelhos ou máquinas não são devidos a uma

utilização negligente, mas a factores independentes dessa circunstância, como, por exemplo, a um defeito de fabrico.

Encontramos ainda posições na jurisprudência e doutrina que traduzem uma desvalorização total do vínculo contratual na relação médico-paciente para efeitos de aplicação do disposto no artigo 799º, nº1 do CC, considerando assim que, *“a existência de uma relação contratual entre o médico e o paciente não acrescenta, na área da responsabilidade profissional, qualquer dever específico aos deveres gerais que incumbem a esse profissional”*, pois *“os deveres contratualmente assumidos pelo médico coincidem normalmente com os deveres gerais impostos no exercício da medicina”* – não devendo atribuir-se qualquer relevância, quanto ao ónus da prova da culpa à eventual celebração de um contrato, até porque *“a posição do médico não deve ser sobrecarregada, através da repartição do ónus da prova, com a demonstração de resultados que não garantiu nem podia garantir”*, pelo que *“o regime do ónus da prova deve ser sempre o da responsabilidade extracontratual”*.³⁷

Segue, sem hesitação, esta posição o Tribunal da Relação de Évora no Acórdão de 19 de Abril de 2007.

Contudo, como se verifica, a jurisprudência não tem sempre seguido a mesma orientação nesta matéria, assumindo posições em que quer se entenda que a obrigação contratual do médico é uma obrigação de meios, quer se considere que a mesma é uma obrigação de resultado, se deve aplicar a citada presunção de culpa veja-se, por exemplo, o Acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra de 6 de Maio de 2008, que concluiu que sendo a actividade médico-cirúrgica em geral uma actividade perigosa, cumpre a quem a exerce, mostrar que empregou todas as providências exigidas pelas circunstâncias com o fim de evitar danos a outrem.

No mesmo sentido, se pronuncia o Acórdão da Relação de Lisboa, de 23 de Janeiro de 2007³⁸, que perfilha o entendimento de que *“na responsabilidade por acto médico, não há razões que levem a afastar a regra (geral) consagrada no artigo 799º, nº 1, do Código Civil, que faz recair sobre o devedor uma presunção de culpa”* – competindo ao médico provar que agiu com a diligência e perícia devidas caso queira eximir a sua responsabilidade, tendo de afastar a presunção de culpa que sobre si recai,

³⁷ TEIXEIRA DE SOUSA, Miguel, «Sobre o ónus da prova nas acções de responsabilidade civil médica» in *Direito da saúde e Bioética*, Lisboa, AAFDL, 1996, pág. 127.

³⁸ Ainda, Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 17 de Dezembro de 2002.

considerando que com isto em nada se está a agravar a posição processual do médico, que disporá de excelentes meios de prova no seu arquivo, na ficha clínica, no processo individual do doente, além do seu acervo de conhecimentos técnicos.

De forma implícita, chega ADRIANO VAZ SERRA, à mesma conclusão, evidenciando que nas obrigações de meios, encontrando-se o devedor “*apenas obrigado a prestar certa diligência*”, o credor terá o ónus de converter o dever geral de cuidado ou de diligência num dever específico.

Deve o credor demonstrar a existência de deveres específicos, enquanto o devedor tem de, posteriormente, demonstrar que os cumpriu, ou que não o fez porque não lhe era imputável esse cumprimento e, desta forma, recairá sobre ele o ónus da prova contemplado do artigo 799º do CC, também no caso das obrigações de meios, este recairá sobre o devedor mantendo-se os princípios gerais deste instituto, isto é, recaindo sobre o credor o ónus de provar a existência do seu direito de crédito e sobre o devedor o ónus de provar a inexistência desse direito, nomeadamente, provando a ocorrência de um facto extintivo ou impeditivo do mesmo.³⁹

Chegados a este ponto, cumpre traduzir aquelas que foram as nossas conclusões, nesta matéria, face à análise jurisprudencial feita.

A maioria dos acórdãos dos tribunais cíveis traduzem a conclusão que se encontra bem expressa no Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 15 de Outubro de 2009, que dita “ (...) *recai sobre o paciente o ónus da prova do vínculo contratual, da existência de factos demonstrativos do incumprimento ou cumprimento defeituoso do médico, dos danos (e sua extensão), do nexo causal entre a violação das regras da arte e tais danos e da preterição do dever de informação, por parte do médico, ao paciente com vista à obtenção do seu consentimento esclarecido (...) Perante a dificuldade natural da prova de um facto por parte do paciente, o mais que pode acontecer é fazer-se uso da máxima iis quae difficillioris sunt probationis, levioris probationes admittuntur (para maiores dificuldades na prova, menos exigência na sua aceitação)*”, considerando, no entanto que, recairá sobre o médico a presunção de culpa do artigo 799º do CC, cabendo-lhe a prova de que não agiu com culpa.

³⁹ VAZ SERRA, Adriano, «Encargo da prova em matéria de impossibilidade ou de cumprimento imperfeito e da sua imputabilidade a uma das partes», in *Boletim do Ministério da Justiça*, nº47, 1955, pag.103.

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

Claro que se poderá dizer que, ainda que seja aplicável a presunção de culpa sobre o médico, é tremendo o ónus de prova que recai sobre o paciente, mas deve acrescentar-se que, como se esclarece no Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa de 24 de Abril de 2007, entre nós, não é possível à luz do direito constituído, *“alterar ou inverter a repartição legal do ónus da prova com o fundamento na falta de preparação técnica da parte onerada ou na especial dificuldade dessa prova para essa parte (...), mas é possível compensar – se assim se pode dizer – o formalismo da repartição legal do ónus da prova através da liberdade de apreciação da prova realizada pela parte, pois que, como se estabelece no art. 655º do Código de Processo Civil, a apreciação da prova depende da convicção que o tribunal formar sobre a actividade probatória desenvolvida pela parte”*.

Assim, de 38 acórdãos analisados, 12 concluem da mesma forma que a decisão *supra* explanada, isto é, quer se trate de uma obrigação de meios ou de resultado, é de aplicar o disposto no artigo 799º do CC, 8 concluem que tratando-se de uma obrigação de meios, a presunção do artigo 799º do CC não se aplica, devendo considerar-se as regras da responsabilidade extracontratual quanto à repartição do ónus da prova. Todos os acórdãos que concluem que no caso concreto o médico se obrigou à prestação de um resultado, aplicam sem mais, a referida presunção de culpa. Apenas num dos acórdãos se aplica o 799º do CC sendo a obrigação do médico de meios. Os restantes acórdãos não tomam posição sobre esta questão, geralmente por não implicar nenhuma alteração na decisão final.

Um contributo relevante para a compreensão e solução desta problemática, é o Estatuto do Paciente, que se consolidou, nas vertentes de dignidade, visibilidade e parceiro total e igual, no binómio paciente - médico, sobretudo após o estabelecimento da doutrina do consentimento informado, donde resultou a vinculação do paciente ao dever de colaboração com o médico e o direito de obter deste o dever de prestar toda a informação sobre a natureza, características e técnicas a usar no exercício do acto médico, alternativas e riscos.

Em suma, ao paciente caberá fazer prova da existência do vínculo contratual, da ocorrência de incumprimento ou cumprimento defeituoso por parte do médico, do nexo de causalidade entre o comportamento médico e o dano, e provar a ilicitude desse mesmo comportamento, por sua vez, ao médico caberá demonstrar que o

comportamento por si adoptado (ou a omissão) não lhe era censurável porquanto não era violadora das *leges artis*, não lhe devendo ser imputada culpa.

2.1.8. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS MÉDICOS EM ESTABELECIMENTO PRIVADO DE SAÚDE

De acordo com a jurisprudência portuguesa, e conforme já foi explicitado, não se apresentam como legítimas quaisquer dúvidas fundadas de que a relação que se estabelece entre uma clínica privada⁴⁰ e os doentes que aí se dirijam para receber tratamento, seja eminentemente contratual.

A responsabilidade assentará, nestes casos, na existência de um contrato⁴¹, pelo que falamos de casos de responsabilidade contratual do próprio estabelecimento privado de saúde, com quem o paciente estabelece a relação jurídica.

E nesse plano contratual, a clínica responde pelos actos de todo o pessoal que utilizar no cumprimento das suas obrigações⁴², designadamente, pelos médicos que tenha ao seu serviço.

Todavia, o que não poucas vezes sucede é que é celebrado directamente entre o médico e o paciente um contrato de prestação de serviços médicos, através do qual o profissional de saúde se obriga perante o paciente a prestar-lhe cuidados de saúde, podendo então, nestes casos, a clínica ter uma intervenção e assumir uma obrigação meramente residual, traduzida na disponibilização das suas instalações e equipamentos para que o tratamento médico possa ser realizado, respondendo tão-somente pelo incumprimento ou cumprimento defeituosos desta obrigação.

Neste contexto, é então possível apresentar-se três tipos de contratos civis que se podem estabelecer entre estas partes:

- i) um contrato médico total: pelo qual a clínica assume directa e globalmente as obrigações correspondentes ao contrato de internamento e ao contrato de prestação de serviços médicos *stricto sensu*, arrogando-se assim a uma

⁴⁰ FERREIRA DE ALMEIDA, Carlos, *Os Contratos Civis de Prestação de Serviço Médico*, Lisboa, AAFDL, 1996, pág. 89 - por clínica deve entender-se “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 sociedade civil em forma comercial, cooperativa)”.

⁴¹ OLIVEIRA, Guilherme de, *Temas do Direito da medicina 1*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pág. 61.

⁴² Artigo 800º, nº 1, do CC.

integral contratualização de obrigações de prestar o acto médico e fornecer internamento.

Nestes casos, como refere FERNÁNDEZ HIERRO o contrato celebrado poderá não ser entre o médico e o paciente, directamente, antes entre o paciente e a própria clínica, estando o médico ligado à clínica por um contrato de trabalho⁴³ – a clínica assume, assim, directa e globalmente, as obrigações de prestação de actos médicos conjuntamente com as de internamento hospitalar, sendo responsável nos termos do artigo 500º do CC, pelos actos praticados pelas pessoas que utiliza para o cumprimento das suas obrigações, incluindo, claro está, o (s) médico (s) que realizam a prestação médica.

Parece referir-se a este tipo de contrato o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 18 de Março de 2010, quando advoga que “ (...) a autora escolhe livremente [contratar com] a Clínica ré porque confia na qualidade dos seus médicos e dos seus serviços”.

- ii) Poderemos ter um contrato médico dividido⁴⁴: pelo qual a clínica só assume as obrigações contratuais correspondentes ao internamento e cedência de instalações para a prática do acto médico, que o próprio médico contratualiza directamente com o paciente. Neste caso, responde o médico directa e individualmente pelo seu comportamento culposos e danosos, e a clínica só responderá por incumprimento ou cumprimento defeituoso da obrigação a que se vinculou, isto é, será responsável pelos actos praticados pelo pessoal envolvido na execução do contrato de internamento, com exclusão pois, dos actos médicos.

Parece referir-se a este tipo de relação contratual os Acórdãos da Relação de Lisboa de 08 de Janeiro de 2008 e o Acórdão do Tribunal da Relação de Évora de 19 de Abril de 2007.

- iii) um contrato cujo objecto exclusivo é a prestação de serviços médicos: em que a clínica assume as obrigações correspondentes ao contrato de prestação de serviços médicos, assim o médico não actua sob a autoridade e direcção da clínica e não tem com ela um contrato de trabalho subordinado mas, está

⁴³ FERNÁNDEZ HIERRO, José Manuel, *Sistema de Responsabilidad Médica*, Tercera Edición, España, Granada, 2000, pag.19.

⁴⁴ Acórdão da Relação de Évora, de 4 de Janeiro de 2008.

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

a ela ligado por um contrato de prestação de serviço⁴⁵ - neste caso será aplicável o artigo 800º, nº 1 do CC, que diz respeito à sagração da responsabilidade objectiva do devedor (unidade de saúde) pelos actos dos seus auxiliares (médicos e enfermeiros) numa situação em que essa responsabilidade do devedor não exige uma qualquer relação de subordinação, podendo o auxiliar actuar de forma autónoma e independente. O contrato tem o mesmo conteúdo e a mesma natureza que o contrato celebrado directamente com um médico profissional liberal, mas a obrigação de prestação de serviço médico é assumida pela clínica, pelo que é esta que é responsável nos termos do artigo 800º, nº 1, do Código Civil.⁴⁶

Parece ser a este tipo de vínculo contratual que se refere o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 17 de Janeiro de 2013, quando refere que *“entre a Autora e os Réus foi celebrado um contrato de prestação de serviços, tal como o mesmo nos é definido pelo artigo 1154º do CCivil e através do qual a Ré Centro de Radiologia X, Lda, através do seu médico, o Réu M, se obrigaram para com aquela a realizar ecografias obstétricas, isto é, aceitaram os Réus em prestar à Autora a assistência médica requerida neste tipo de situação de gravidez, assumindo as obrigações daí advenientes”*

No primeiro e no último caso, o médico não é parte do contrato, que é celebrado exclusivamente entre a clínica e o paciente, e por isso, não se obriga directamente perante o paciente, embora possa ser responsabilizado por força da responsabilidade extracontratual, apurados que estejam os respectivos requisitos, autonomamente aos de eventual responsabilidade contratual da clínica.

Porém, tratando-se de um contrato dividido, a situação é exactamente a oposta, o médico é parte do contrato obrigando-se directamente perante o paciente, respondendo no quadro da responsabilidade contratual pelos seus próprios actos e daqueles que utilize como auxiliares no cumprimento das suas obrigações e, podendo ainda, ser responsabilizado no quadro da responsabilidade civil extracontratual.

⁴⁵ FERREIRA DE ALMEIDA, Carlos, «Os contratos civis de prestação de serviços médicos», in *Direito da saúde e bioética*, Lisboa, AAFDUNL, 1996, pags. 90 e ss.

⁴⁶ Remetemos, nesta sede, para o comentário ao Acórdão da Relação de Lisboa, de 19 de Abril de 2005, Anexo I do presente Relatório, que versa sobre as diferentes relações contratuais que podem ser estabelecidas entre paciente, médico e clínica.

Claro que ainda podemos equacionar a hipótese de exercício da actividade médica num consultório próprio do médico, sendo pacífica a solução, em caso de inexecução ou cumprimento defeituoso das obrigações assumidas, aplicar-se-ão as regras relativas à responsabilidade contratual. Veja-se, nesta sede, o Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa de 13 de Dezembro de 2012, que socorrendo-se da doutrina de JOÃO ÁLVARO DIAS dispõe que “ (...) *Pelo simples facto de ter o seu consultório aberto ao público e de ter colocado a sua placa, o médico encontra-se numa situação de proponente contratual. Por seu turno, o doente que aí se dirige, necessitando de cuidados médicos, está a manifestar a sua aceitação a tal proposta. Tal factualidade é, por si só, bastante para que possa dizer-se, com toda a segurança, que estamos aqui em face dum contrato consensual pois que, regra geral, não se exige qualquer forma mais ou menos solene para a celebração de tal acordo de vontades*”.

Devemos, no entanto, dizer que os tribunais não exploram com grande detalhe ou afincado a relação contratual que se estabelece entre a clínica, o médico e o paciente, pois num universo de 38 acórdãos analisados apenas 5 exploram com mais pormenor esta questão, 3 deles indicando estar-se perante um contrato médico dividido, 1 acórdão (já *supra* referido) parece indicar estar-se perante um contrato cujo objecto exclusivo é a prestação de serviços médicos⁴⁷ e, por fim, também apenas um acórdão (já *supra* referido) parece indiciar estar-se perante um contrato médico total.

Creemos que esta omissão dos tribunais nesta matéria se deve ao facto de o contrato médico ser um contrato consensual e, por essa razão, não sendo reduzido a escrito na maioria das vezes, torna-se complicado delimitar claramente quais as obrigações assumidas pelas partes. Não é claro para o paciente, que enquanto leigo, tem dificuldades em perceber em que medida o médico se obrigou, bem como, em que medida a clínica se obrigou. Por outro lado, as clínicas e os médicos têm aqui interesses antagónicos, pois ao médico será mais conveniente demonstrar que pelo contrato celebrado a clínica assumiu as obrigações correspondentes ao contrato de prestação de serviços médicos, respondendo esta objectivamente pelas pessoas que utilize para o cumprimento das suas obrigações, à clínica convirá demonstrar que o contrato médico

⁴⁷ Creemos, nesta sede, ser pertinente atender-se ao voto de vencido de Maria dos Prazeres Pizarro Beleza, que afirma que “*Embora não tenha sido questionada a condenação solidária de ambos os réus, suponho que a verificação dos pressupostos da responsabilidade civil de uma e de outro justificariam uma referência ao fundamento da responsabilidade da ré Clínica de Radiologia, a meu ver radicada no artigo 800º do Código Civil*”.

celebrado é dividido e, por isso, só o médico deve responder pelo incumprimento da prestação de serviços a que individualmente se obrigou.

Os casos de mais fácil apreciação serão, à partida, aqueles em que se demonstre existir um contrato de trabalho que liga o médico à clínica, porém, raros são os casos em que se estabelece este vínculo laboral, o mais recorrente é o exercício da medicina de modo liberal e independente, vinculando-se os médicos às clínicas apenas por contratos de prestação de serviços.

2.1.9. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS MÉDICOS EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE

A responsabilidade civil extracontratual da Administração Pública – ou mais precisamente: do Estado e demais pessoas colectivas públicas, bem como dos titulares dos órgãos e agentes administrativos, por actos praticados no exercício das suas funções e por causa desse exercício – por actos de gestão pública - encontra-se hoje regulada pela Lei n.º 67/2007, de 31 de Dezembro.⁴⁸

Cumpra saber-se “ (...) *se a responsabilidade decorrente da actividade de prestação de cuidados de saúde, no contexto do SNS, cai no âmbito objectivo de aplicação deste diploma. Para isso, temos de responder a duas questões fundamentais: será esta uma responsabilidade extracontratual? Estaremos no âmbito da gestão pública?* ”.⁴⁹

É importante que se note que, a primeira questão formulada apresenta cada vez mais pertinência e mais dúvidas, dado que, como explica CLÁUDIA MONGE, “ (...) *hoje a prestação de atos de saúde no contexto do Serviço Nacional de Saúde esta toda ela assente em contratos: ou o Estado (ou melhor dizendo, hoje, as administrações regionais de saúde territorialmente competentes) celebra (m) contratos-programa com as entidades públicas ou celebra contratos de gestão com parceiros privados na sequência de concursos ou adota outras técnicas concessórias ou celebram contratos de convenção (...)* Em suma, o que temos é sempre um modelo contratual, no qual o Estado, pagador, contrata uma outra entidade, publica ou privada, para ser o prestador (...) Deste modo, [é possível afirmar que] há, paulatinamente, um reforço do modelo contratual para explicarmos a prestação de cuidados de saúde no quadro do

⁴⁸ CORTEZ, Margarida, «Responsabilidade civil das instituições públicas de saúde» in *Responsabilidade Civil dos Médicos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag. 260.

⁴⁹ CORTEZ, Margarida, «Responsabilidade civil das instituições públicas de saúde» in *Responsabilidade Civil dos Médicos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag. 260.

*Serviço Nacional de Saúde e, portanto, na ambiência de uma relação jurídico-administrativa”.*⁵⁰

Respondendo à primeira questão, acompanhamos aquela que é a posição da jurisprudência e da doutrina sufragada por MARGARIDA CORTEZ que conclui que “ (...) os momentos de inevitável interação entre a instituição pública de saúde e o doente revelam apenas a existência de uma relação (...) todavia, o conteúdo dessa relação não é contratualizado, mas sim legal e regulamentarmente pré-determinado. A relação que se estabelece é pois uma relação especial de direito administrativo, no caso, uma relação de serviço público”⁵¹, não se devendo, por isso, considerar que estejamos perante um vínculo contratual gerador de responsabilidade contratual, mas antes, de um vínculo público-administrativo gerador de responsabilidade extracontratual, especificamente, de responsabilidade extracontratual do Estado.

Também assim se pronuncia o Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo de 24 de Maio de 2012, no mesmo sentido “ (...) A responsabilidade por actos ou omissões na prestação de cuidados de saúde em estabelecimentos públicos tem natureza extracontratual, incumbindo ao lesado o ónus de alegar e provar os factos integradores dos pressupostos dessa responsabilidade”.

Porém, convém esclarecer que é de toda a pertinência a questão levantada pela citada autora, uma vez que, não parece ser totalmente pacífica a posição de que, no que concerne com o SNS, a relação que se estabelece não tem natureza contratual. Veja-se, neste contexto, o que dispõe o Acórdão do Tribunal Central Administrativo do Norte, de 30 de Novembro de 2012, “no domínio da prestação dos serviços de saúde é mais adequado à realidade e a conduzir a soluções mais justas, a aplicação do regime da responsabilidade contratual do que o regime da responsabilidade extracontratual, pois estamos perante uma situação de facto equivalente à de um contrato de prestação de serviços – art.º 1154º do Código Civil -, e, por isso, a justificar a mesma protecção legal”.

No mesmo sentido, a autora CLÁUDIA MONGE, que afirma “ (...) A situação em que um medico fatalmente, no exercício da sua atividade no Serviço Nacional de

⁵⁰ MONGE, Cláudia, «A responsabilidade dos estabelecimentos hospitalares integrados no Serviço Nacional de Saúde por atos de prestação de cuidados de saúde», in *Novos temas da responsabilidade civil extracontratual das entidades públicas*, Coord. Carla Amado Gomes e Miguel Assis Raimundo, Lisboa, Instituto de Ciências Jurídico-Políticas, 2012, pags.101.

⁵¹ CORTEZ, Margarida, «Responsabilidade civil das instituições públicas de saúde» in *Responsabilidade Civil dos Médicos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag. 266.

*Saúde, tira a vida ao doente em resultado de uma pratica grave de incorreção na assistência, com violação das leyes artis, não pode ser apreciado e juridicamente valorado do mesmo modo que a situação em que alguém, sem qualquer contato prévio anterior, sem qualquer relação jurídica preexistente, lesa direito de outrem - há deveres específicos, há uma ambiência de confiança, há uma relação de confiança, que faz gerar no utente uma expectativa de que essa proteção será salvaguardada, daí o apelo a um modelo contratual (...) Em suma, pensamos que o caminho deverá ser o da unicidade do regime da responsabilidade civil e que esse regime deve ser contratual”.*⁵²

Embora não materialmente competente para julgar esta matéria, cremos que o Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa de 13 de Dezembro de 2012, chega, implicitamente, à mesma conclusão que a *supra* referida, quando estabelece uma comparação entre o utente dum hospital integrado no SNS e o paciente titular de uma seguro de saúde que se desloca a um hospital privado incluído no seu plano, dizendo que, “*. Este último utente, tal como o primeiro:*

- a) paga uma prestação periódica a uma entidade distinta do prestador,*
- b) esta prestação também é periódica e independente da concretização ou não da necessidade de tratamento,*
- c) o utente também não paga directamente ao prestador de cuidados médicos, na eventualidade de ser efectivamente necessário tratamento, ou paga apenas uma franquia não correspondente ao efectivo valor do tratamento (semelhante à taxa moderadora). Apesar do elemento sinalagmático do contrato de seguro de saúde ser em tudo semelhante ao do contrato tácito do utente do SNS, ninguém disputa que haja uma relação contratual entre o segurado e o hospital privado, ainda que a contraprestação do utente seja paga por terceiro por força de uma outra relação contratual. No que se refere ao Serviço Nacional de Saúde, o utente paga impostos, dos quais uma parte serve para financiar o SNS. Em troca desta contribuição, o cidadão tem a expectativa (e o direito) a todos os cuidados médicos que possam vir a ser necessários. Isto é uma relação materialmente sinalagmática.”.*

Contudo, num universo de 19 acórdãos lidos dos tribunais administrativos, apenas 2 (dois) concluem neste sentido.

⁵² MONGE, Cláudia, «A responsabilidade dos estabelecimentos hospitalares integrados no Serviço Nacional de Saúde por atos de prestação de cuidados de saúde», in *Novos temas da responsabilidade civil extracontratual das entidades públicas*, Coord. Carla Amado Gomes e Miguel Assis Raimundo, Lisboa, Instituto de Ciências Jurídico-Políticas, 2012, pags.104 e 115.

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

Assim, embora se possa descortinar a existência de um sinalagma entre um utente e o SNS, que não implica necessariamente que estejamos perante um vínculo contratual, mas existe, de facto, uma relação, mas uma relação de direito administrativo e não de direito privado, ficando, porém, esta questão mais evidente *infra* quando dermos resposta à segunda pergunta formulada pela referida autora.

Quanto aos pressupostos da responsabilidade extracontratual do Estado, remetemos para o que foi *supra* referido sobre os pressupostos da responsabilidade civil, assim o justifica o Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo de 24 de Maio de 2012 quando dita que a “ (...) *responsabilidade assenta na verificação cumulativa dos pressupostos da idêntica responsabilidade prevista na lei civil, que são o facto, a ilicitude, a imputação do facto ao lesante, o prejuízo ou dano e o nexo de causalidade entre este e o dano*”, cabendo ao lesado “ (...) *o ónus de alegar e provar os factos integradores dos pressupostos dessa responsabilidade*, como refere o Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo de 09 de Junho de 2011.

Deve, contudo, ser dada especial relevância, nesta análise, à ilicitude (artigo 9º) e à culpa (artigo 10º), uma vez que, conhecem um tratamento específico na Lei n.º 67/2007, de 31 de Dezembro.

Assim, as acções ou omissões de um médico serão consideradas ilícitas se:

- i) violarem disposições ou princípios constitucionais, legais ou regulamentares,
- ii) infringirem regras de ordem técnica ou
- iii) infringirem deveres objectivos de cuidado e
- iv) se de tais acções ou omissões resultar uma ofensa de direitos ou interesses legalmente protegidos, designadamente, da saúde ou da vida do doente.

Terá também de haver culpado médico para existir responsabilidade. A culpa deve ser apreciada, diz a lei, “*pela diligência e aptidão que seja razoável exigir, em função das circunstâncias de cada caso*”, a um médico “*zeloso e cumpridor*”.

O grau de culpa implica diferentes soluções jurídicas no que respeita à responsabilidade pelo ressarcimento dos danos.

Por essa razão, chegados a este momento, não podemos deixar de inquirir como se reparte então o dever de indemnizar quando se trata de responsabilidade civil pública.

Assim, se o acto ou a omissão tiver sido praticado com culpa leve, é o hospital exclusivamente responsável pelos danos causados (artigo 7º).⁵³

Porém, se o acto ou a omissão do médico tiver sido praticado com dolo ou com diligência e zelo manifestamente inferior àquele a que se encontrava obrigado atendendo ao cargo desempenhado, o hospital é responsável, mas agora de forma solidária com o médico, gozando, posteriormente, de direito de regresso contra o mesmo, se for obrigado a indemnizar o paciente (artigo 8º), assim o Acórdão do Tribunal Central Administrativo do Norte de 17 de Janeiro de 2008, “ (...) *apenas no caso de uma actuação dolosa haverá responsabilidade solidária do titular do órgão ou agente e da Administração, sendo que no caso de actuação negligente a responsabilidade será exclusiva da Administração, embora com direito de regresso perante o titular do órgão ou agente no caso de ter havido diligência e zelo manifestamente inferiores aos que eram devidos em razão do cargo*”.

Convém, no entanto, não deixar de esclarecer que, “ (...) *O artigo 22º da CRP apenas impõe que o Estado e os demais entes públicos respondam sempre ao lado dos titulares dos seus órgãos, funcionários e agentes, por actos funcionais, quando a lei impuser a responsabilidade directa destes, mas já não impõe que estes sejam directamente accionáveis pelos lesados em todos os casos. E o artigo 271º da CRP limita-se a estabelecer a responsabilidade civil, criminal e disciplinar dos funcionários e agentes do Estado e demais entidades públicas por actos e omissões praticados no exercício das suas funções, deixando em aberto a questão de saber quais os pressupostos do dever de indemnizar e perante quem é efectivada a responsabilidade por este dever*”, Acórdão do Tribunal Central Administrativo do Norte de 17 de Janeiro de 2008.

O exercício do direito de regresso é obrigatório, estando previsto que a secretaria do tribunal, que tenha condenado o hospital no pagamento da indemnização, remeta a certidão da sentença, logo após o respectivo trânsito em julgado, ao hospital, para que este exerça esse direito.

Assim, e tal como tem decidido a jurisprudência, a responsabilidade civil de gestão pública é, à partida, exclusiva da entidade pública, que poderá gozar de direito de

⁵³ Assim como também o será sempre que os danos causados a um doente não resultarem do comportamento concreto do médico ou não se consiga provar a autoria pessoal do acto ou da omissão causadora do dano, e este deva ser atribuído a um funcionamento anormal do serviço (artigo 7.º/3).

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

regresso no plano das relações internas⁵⁴, isto é, de um direito de regresso contra o médico quando este tenha agido com dolo ou com diligência e zelo manifestamente inferiores àqueles que eram devidos em razão do cargo, ou seja, em caso de negligência.⁵⁵

Não descuramos, certamente, que a prova da existência do nexo de causalidade e da culpa do lesante apresenta-se de grande dificuldade face à falta de preparação técnica do lesado, que se torna evidente nas decisões dos tribunais administrativos que analisámos, pois num universo de 19 Acórdãos dos Tribunais Centrais Administrativos analisados, 9 atestam não ter sido feita a prova destes dois elementos.

Todavia, acompanhamos mais uma vez o pensamento de MARGARIDA CORTEZ quando afirma que “ (...) não nos podemos esquecer de que assiste ao juiz, não só um poder inquisitório, mas também a liberdade de apreciação da prova realizada pela parte e de que, no quadro destas prerrogativas, ele seguramente procurará – por assim dizer – compensar a especial fragilidade da posição do autor da acção”.⁵⁶

Quanto à segunda questão, concordamos com os que olham para a gestão pública no sentido do exercício de uma função administrativa⁵⁷, situando-a na actividade material e técnica da Administração, como é o caso específico da actividade de prestação de cuidados de saúde para efeitos do regime da responsabilidade civil aplicável.

Estando em causa actos dirigidos ao cumprimento de uma atribuição pública – como é o caso dos actos médicos praticados no âmbito do SNS, não sobram dúvidas quanto à sua qualificação como actos funcionalmente públicos e portanto potencialmente geradores de responsabilidade civil de regime público, ou seja, a responsabilidade regulada pelo referido Lei n.º 67/2007, de 31 de Dezembro.⁵⁸

⁵⁴ CORTEZ, Margarida, «Responsabilidade civil das instituições públicas de saúde» in *Responsabilidade Civil dos Médicos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag. 267.

⁵⁵ É esta, no fundo, a solução sufragada no artigo 22º da CRP.

⁵⁶ CORTEZ, Margarida, «Responsabilidade civil das instituições públicas de saúde» in *Responsabilidade Civil dos Médicos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag. 261.

⁵⁷ CORTEZ, Margarida, «Responsabilidade civil das instituições públicas de saúde» in *Responsabilidade Civil dos Médicos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag. 261.

⁵⁸ CORTEZ, Margarida, «Responsabilidade civil das instituições públicas de saúde» in *Responsabilidade Civil dos Médicos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag. 264.

Por isso, a eventual responsabilidade civil proveniente dos actos e omissões num hospital público⁵⁹ e que se considerem lesivos dos direitos dos utentes, desde que, naturalmente, praticados no exercício e por causa dessa função pública, é regulada pelo regime da responsabilidade civil extracontratual do Estado e demais entidades públicas, hoje, Lei n.º 67/2007, de 31 de Dezembro.

A responsabilidade do médico e, bem assim, a do próprio hospital deve, assim, considerada extracontratual, por decorrer do exercício da função administrativa que aquele desempenha.

Deve deixar-se aqui a nota que dos acórdãos analisados é assumido, sem mais, pelos tribunais que os actos médicos praticados no âmbito do SNS são de gestão pública, não aprofundando a questão.

Claro está, que ainda será aqui de se equacionar qual o regime aplicável no caso das unidades privadas de saúde convencionadas com o SNS. De acordo com aquelas que foram as decisões jurisprudenciais analisadas quanto a esta matéria, o que se verifica é que a resposta não é estanque, pois poderá aplicar-se o regime da responsabilidade extracontratual do Estado, mas neste caso, o SNS terá direito de regresso sobre a unidade privada. Contudo, poderá entender-se que a unidade privada de saúde será responsável apenas ao abrigo do regime da responsabilidade extracontratual previsto nos artigos 483.º e seg. do CC.

Chegados a este ponto, não podemos deixar de remeter para o Anexo II do presente trabalho que apresenta, de forma esquematizada, os vários “tipos” de responsabilidade que podem surgir após um tratamento médico lesivo.

2.1.10. RESPONSABILIDADE DO MÉDICO PELOS ACTOS DOS SEUS AUXILIARES

No âmbito da responsabilidade contratual, da aplicação do princípio contido no artigo 800º, nº 1 CC, resulta que o médico é responsável pelos actos das pessoas que utilizou no cumprimento das suas obrigações – como se esses actos tivessem sido praticados por si próprio.

⁵⁹ Deve considerar hospital público. Por força da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, artigo 2º, os hospitais que integram o serviço nacional de saúde podem ser: a) estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; b) estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; c) sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; d) estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.

Por outro lado, no campo da responsabilidade extracontratual ou delitual, e por força do artigo 500º do mesmo Código, existe também uma responsabilidade estrita do médico, enquanto comitente, pelos actos de quem utiliza sob sua autoridade, desde que o auxiliar tenha procedido com culpa.

A ideia central desta responsabilidade civil do médico pelos actos praticados com negligência por aqueles que utiliza como seus auxiliares reside em que apenas poderá delegar nos seus auxiliares as incumbências e tarefas que as capacidades destes permitam executar com competência evitando-se, assim, as situações de escolha de colaboradores sem capacidade técnica ou pessoal para a prática dos actos que são chamados a realizar.

Veja-se, neste contexto, o caso julgado pelo Tribunal da Relação de Évora de 19 de Abril de 2007, não tendo o tribunal aceite a desresponsabilização de um cirurgião pelo facto de ter sido deixada uma compressa no organismo do paciente, apesar de ter ficado provado que:

- a) no acto da intervenção cirúrgica, participou uma enfermeira instrumentista;
- b) que essa enfermeira tinha funções de controlo, por contagem, dos ferros, das compressas, das agulhas, das lâminas de bisturi e dos fios de sutura utilizados;
- c) que não se verificou qualquer anomalia nas diversas contagens que tiveram lugar, quer durante a cirurgia quer no final da mesma.

Entendeu o tribunal, na nossa opinião bem, que aceitar o entendimento de que a responsabilidade pelo facto de ter sido deixada uma compressa no corpo do paciente era exclusivamente da enfermeira instrumentista seria o mesmo que sufragar o entendimento de que o médico-cirurgião não estava obrigado a retirar essa mesma compressa.

No entanto, a responsabilidade a que nos referimos limita-se, existindo uma relação contratual, aos actos praticados no cumprimento da obrigação, não abrangendo outros actos que, praticados por ocasião do cumprimento, nada tenham a ver com este, e ainda só nos casos em que o facto danoso tenha ocorrido por culpa do auxiliar e lhe seja imputável.

2.1.11. RESPONSABILIDADE OBJECTIVA (NOTA ADICIONAL)

No âmbito do exercício da medicina, por muito que a instituição da responsabilidade civil objectiva possa alarmar os profissionais de saúde, o facto é que a lei tem trazido à tona algumas situações que autorizam a ruptura da regra geral da responsabilidade médica subjectiva.⁶⁰

Numa apertada síntese, a questão que se coloca é o seguinte: ante a constatação de que o erro médico é muito mais frequente do que aquilo que se pensava, e ante a certeza de que o exercício da medicina haverá sempre de acobertar uma certa área não completamente dominável pela ciência, o Direito teve de constatar o facto de que em certas situações seria razoável conferir às vítimas um esquema mais facilitado de recomposição dos danos. Nesse sentido, a instituição da responsabilidade médica objectiva veio à tona com o propósito de promover a compensação das vítimas de um acidente médico independentemente da apreciação da culpa.⁶¹

Concretamente, ainda são pouco numerosos os casos em que o legislador português resolveu aplicar o regime da responsabilidade objectiva aos profissionais de saúde.⁶²

Assim, tem entendido a doutrina que se reconduzem à responsabilidade médica objectiva os ensaios clínicos e as doações de órgãos ou de tecidos em vida - que face à natureza da actividade, reconduzem-se à hipótese de responsabilidade objectiva em sentido estrito, sendo a margem de manobra capaz de afastar o dever de indemnizar reduzida – e a exposição dos pacientes a radiações para fins de tratamentos médicos – nesta hipótese, os mecanismos de defesa são um pouco mais dilatados, podendo-se falar numa espécie de responsabilidade objectiva em sentido amplo.⁶³

Em todo caso, a responsabilidade médica objectiva é ainda uma temática pouco explorada, note-se que na pesquisa jurisprudencial que foi por nós realizada, não lhe é

⁶⁰ GONÇALVES, Carla, *Responsabilidade Civil dos Médicos: Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag.367.

⁶¹ GONÇALVES, Carla, *Responsabilidade Civil dos Médicos: Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pags.357 e 358.

⁶² GONÇALVES, Carla, *Responsabilidade Civil dos Médicos: Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag.369.

⁶³ GONÇALVES, Carla, *Responsabilidade Civil dos Médicos: Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pag.370.

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

feita qualquer referência num universo de 57 Acórdãos analisados, quer pelos tribunais cíveis quer pelos tribunais administrativos.⁶⁴

Creemos que assim o é porque este regime jurídico apresenta um “risco” de condenação muito elevado para os profissionais de saúde, que pode inclusivamente influenciar o seu *modus operandi*, aquando da prática de actos que podem ser reconduzidos a este tipo de responsabilidade, na demanda de se protegerem de pagar indemnizações avultadas.

Não obstante, cumpre dizer-se que as empresas seguradoras exercem nesta sede uma grande influência, uma vez que, não se ignora que a responsabilidade médica objectiva será mais facilmente aceite se for possível aos potenciais lesantes (*in casu*, aos profissionais de saúde) transferir para as seguradoras esse risco, através da contratação de um seguro de responsabilidade civil objectiva.

É o que já acontece, por exemplo, nos casos de participação em ensaios clínicos, em que a existência de seguro é condição mínima à participação no mesmo, nos termos da al. e) do nº 1 do artigo 6º da Lei nº46/2004, de 19 de Agosto, o mesmo sucede relativamente ao dador de órgãos, sendo já legalmente exigido um contrato de seguro a favor do dador, em conformidade com o artigo 9º, nº 4, da Lei nº12/93, de 22 de Abril.

Deste modo, e tal como sucede no seguro de responsabilidade civil automóvel, a seguradora assumiria, em substituição do segurado/profissional de saúde, o pagamento das indemnizações que legalmente fossem devidas, dentro dos limites (coberturas e exclusões) que tivessem sido acordadas, pois não se ignora que estas sempre existiram.

Contudo, não se olvida que face à potencial dimensão destes riscos, as seguradoras podem não se encontrar aptas, pelo menos isoladamente, a responder pela totalidade das responsabilidades que assumem, podendo a solução nestes casos passar por uma transferência de parte desses riscos assumidos para resseguradoras, no entanto, isto implica aceder aos limites e condições de aceitação que estas impõem o que poderá, por si só, funcionar como um desincentivo à comercialização deste tipo de seguro por parte das seguradoras nacionais.

⁶⁴ Mais uma vez, esclarecemos que os acórdãos analisados foram escolhidos por corresponderem aos que se encontravam publicados sobre a matéria em questão na base de dados do IGFEJ, até ao início do mês de Outubro de 2013.

2.1.12. RESPONSABILIDADE PENAL (NOTA ADICIONAL)

Ao falarmos de responsabilidade penal dos médicos ou dos profissionais de saúde estamos a referir a crimes que assentam em actos praticados por médicos ou outros profissionais de saúde e que se encontram conexados com a sua prática profissional. Falamos de condutas que contendem com a vida, a integridade física ou a saúde psíquica das pessoas humanas, genericamente, com a sua saúde física e mental enquanto bens jurídicos garantidos pela lei penal de forma típica e especial, com reporte a valores fundamentais da comunidade social e defendidos pela ordem jurídica através de sanções penais e civis.⁶⁵

O Código Penal contém, uma norma especialmente dirigida às intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos, o artigo 150º, segundo o qual, as intervenções e tratamentos não se consideram ofensa à integridade física, quando, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por médico, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental.

A protecção penal é necessariamente mais exigente ao nível dos pressupostos que a responsabilidade civil, assentando sempre em ofensas consideradas suficientemente graves e num princípio de legalidade estrita, embora os critérios e os princípios a serem empregados para cálculo da indemnização sejam os da responsabilidade civil.

A casuística da responsabilidade penal dos médicos e dos demais profissionais de saúde acompanha e convoca, tal como na responsabilidade civil, as seguintes características genéricas: complexidade técnica e científica das matérias, que é reflectida ao nível de condutas humanas que são um exercício prático – a medicina é uma *praxis* assente em componentes de um saber prático, desenvolvido com um adequado rigor técnico, metodológico e deontológico; (exige) sensibilidade e atenção aos desenvolvimentos científicos e técnicos, o que exige uma certa elasticidade, embora não se podendo descurar o contexto de risco ou de perigo para a vida humana em todos os seus componentes (vida, integridade física e saúde mental); ainda se caracterizará por

⁶⁵ COELHO, Nuno, «Responsabilidade Penal – Casuística» in *Curso Complementar de Direito da Saúde: responsabilidade civil, penal e profissional*, Lisboa, Centro de Estudos Judiciários, 2013, pag. 78.

uma forte presença da ética, da deontologia e das regras profissionais e técnicas delimitadas.⁶⁶

Os principais institutos de cariz criminal tratados, analisados ou reflectidos pela prática a propósito desta responsabilidade penal dos profissionais da saúde são:

- i) nível de intensidade da ilicitude;
- ii) dificuldades na prova (particularmente na abordagem do nexos de causalidade entre a conduta ou omissão e o resultado;
- iii) particular intervenção das causas justificativas, sobretudo ao nível do consentimento;
- iv) problemas de apuramento da (in) existência de participação face aos crimes específicos;
- v) especial dificuldade em distinguir a negligência e o dolo, designadamente nas zonas de fronteira entre o dolo eventual e a negligência consciente.⁶⁷

2.1.13. *HYPOTHESIS SOLUTIONEM*

Como já tivemos oportunidade de referir, em sede de responsabilidade médica, encontram-se grandes dificuldades em provar-se todos os pressupostos cumulativos da responsabilidade civil, pois como evidencia CARLA GONÇALVES, “*os danos decorrentes do exercício da medicina, envoltos por uma certa complexidade, nunca foram facilmente caracterizáveis como culposos ou não-culposos*”.⁶⁸

Note-se que de 38 acórdãos⁶⁹ analisados dos tribunais cíveis, 21 consideraram a acção improcedente por não se encontrarem verificados/provados, cumulativamente, todos os pressupostos da responsabilidade civil. Das 21 decisões, 17 improcederam por não se ter provado o pressuposto da ilicitude do acto médico (violação das *leges artis*) e 4 por não ter sido possível determinar o nexos de causalidade. Por sua vez, de 19

⁶⁶ COELHO, Nuno, «Responsabilidade Penal – Casuística» in *Curso Complementar de Direito da Saúde: responsabilidade civil, penal e profissional*, Lisboa, Centro de Estudos Judiciários, 2013, pag. 79.

⁶⁷ COELHO, Nuno, «Responsabilidade Penal – Casuística» in *Curso Complementar de Direito da Saúde: responsabilidade civil, penal e profissional*, Lisboa, Centro de Estudos Judiciários, 2013, 2013, pags. 81 e 82.

⁶⁸ GONÇALVES, Carla, «Sistemas Alternativos», in *Responsabilidade Civil dos Médicos – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pag.184.

⁶⁹ Nos casos analisados os principais actos médicos de onde emergem os litígios são cirurgias, exames imagiológicos e partos.

acórdãos dos tribunais administrativos analisados, 9 consideram a acção improcedente por falta de verificação dos pressupostos da responsabilidade civil.⁷⁰

Porém, este não é um problema tipicamente português, antes transversal aos vários países que olham para a responsabilidade civil médica de um ponto de vista tradicional, encarando a culpa como o elemento essencial da responsabilização do profissional de saúde.

Alguns países, no entanto, iniciaram na década de 70 um movimento de reformulação da responsabilidade civil médica, isto é, conceberam e adoptaram sistemas mais flexíveis e céleres de compensação dos pacientes lesados por actos médicos. A Nova Zelândia e os países escandinavos foram os primeiros a romper com o sistema tradicional da responsabilidade médica por culpa.

Em 1975, o sector da saúde sueco, consciente das desvantagens que advinham da adopção daquele sistema de responsabilidade, criou um seguro colectivo, com o propósito de garantir a recomposição dos prejuízos sofridos pelos pacientes, seguro esse que, posteriormente, em 1997, se tornou obrigatório.

O modelo sueco serviu de inspiração para países como a Finlândia (em 1987), a Noruega (em 1988) e a Dinamarca (em 1992), adoptarem também um esquema de *no fault*, embora configurado de forma diferente em cada um destes países, reflectindo as suas preferências e ajustado aos seus problemas específicos.⁷¹

Antes da Suécia, a Nova Zelândia, em 1974, estabeleceu definitivamente o sistema de compensação *no fault*, baseado em princípios de solidariedade e responsabilidade comunitária, com vista à reabilitação completa do lesado e a uma efectiva compensação dos seus danos.⁷²

Assumindo, como já se referiu, que existem diferenças de configuração do esquema *no fault* entre os países nórdicos, tomaremos aqui, para efeitos exemplificativos, o caso pioneiro da Suécia, expondo aqueles que são os traços similares dos países nórdicos nesta sede.

Embora o esquema sueco, inicialmente, tivesse sido concebido como voluntário, o *the Patient Injury Act* (1996) instituiu a obrigatoriedade de todos os prestadores de

⁷¹ FARREL, Anne-Maree [et alii], *No-fault compensation scheme for medical: A review*, Scottish Government Social Research, 2010, pag.37.

⁷² FARREL, Anne-Maree [et alii], *No-fault compensation scheme for medical: A review*, Scottish Government Social Research, 2010, pag.14.

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

serviços de saúde contratarem um seguro que cubra os danos que resultem de um acto médico e que venham a ser reclamados pelo paciente que os sofreu.⁷³

Divide-se a Suécia em 21 regiões, com os seus parlamentos próprios, directamente eleitos, que estão incumbidas de providenciar os cuidados de saúde necessários dentro das suas fronteiras, sendo que, o sistema de saúde é maioritariamente financiado por impostos regionais, suportados pelos residentes de cada região, embora uma pequena parte desse financiamento seja privado.

Entre si, as regiões detêm e controlam uma companhia de seguros pública de danos médicos, sendo as próprias regiões a definir directamente as condições das apólices.

Estas apólices de seguro cobrem os danos médicos provocados nos hospitais públicos regionais, centros de cuidados de saúde primários e, ainda, as lesões médicas causados por profissionais de saúde integrados em instituições privadas de saúde que hajam contratado tais prémios à companhia de seguros pública. Este esquema é gerido por uma entidade pública, a *Patient Insurance Association*, que é financiada através das contribuições feitas pelos *county councils*.⁷⁴

Note-se, porém, que os danos médicos resultantes da prescrição de medicamentos ou má administração dos mesmos, estão integrados num esquema diferente encabeçado pela *Pharmaceutical Insurance Association*.

Podemos dizer que, a pedra-de-toque deste sistema de *no fault* encontra-se localizada em dois pontos: por um lado, no facto de todos os profissionais de saúde estarem obrigados a celebrar um contrato seguro que cubra os danos que possam provocar em consequência da sua actuação profissional; por outro lado, é requisito deste sistema, que o prémio dos seguros contratados não seja calculado com base no risco, como seria de esperar mas, e uma vez que é pago pela afectação de montantes resultantes da aplicação do imposto regional sobre os rendimentos dos habitantes das regiões, seja calculado atendendo ao número de habitantes por região.

Estima-se que 90% dos cuidados médicos geradores de lesões para os pacientes, sejam cobertos pela companhia de seguros pública, enquanto os restantes 10% são cobertos por companhias de seguro privadas, que abrangem os médicos e dentistas

⁷³ FARREL, Anne-Maree [et alii], *No-fault compensation scheme for medical: A review*, Scottish Government Social Research, 2010, pag.39.

⁷⁴ FARREL, Anne-Maree [et alii], *No-fault compensation scheme for medical: A review*, Scottish Government Social Research, 2010, pag.39

integrados em instituições privadas de saúde (que não hajam contratado directamente essa cobertura à companhia de seguros pública), bem como, os médicos quiropráticos, os fisioterapeutas e os profissionais de saúde que prestam serviços em lares de idosos.⁷⁵

Assim, e como se explicará *infra* com mais detalhe, este sistema não requer a existência de culpa por parte do profissional de saúde para que o paciente lesado seja compensado, baseando-se antes numa regra de (in) evitabilidade da ocorrência da lesão, e já não na demonstração da existência de dolo ou negligência, para determinar se aquela deve ou não ser compensada.⁷⁶

Como afirma CARLA GONÇALVES, “*Com a transição para o sistema de no fault, ficou muito mais fácil para o paciente obter uma compensação, na medida em que o lesado deixou de ter que provar a culpa do médico, para ser ressarcido. Em poucas palavras, a negligência médica e o dano passaram a ser tratados de forma independente*”.⁷⁷

Na Nova Zelândia, o esquema de *no fault*, é sustentado através de uma combinação entre valores derivados de impostos gerais e da aplicação de taxas sobre a remuneração dos empregados, sobre os lucros das empresas, sobre o consumo de gasolina e o licenciamento de veículos.⁷⁸ Este esquema é administrado pela *Accident Compensation Corporation*⁷⁹ (ACC), entidade pertencente à Coroa britânica, que tem como principais competências/obrigações, colectar as taxas pessoais de cobertura de acidentes, determinar se os pedidos de compensação que lhe são dirigidos estão cobertos pelo esquema, e providenciar, a quem tem direito, as devidas compensações e os serviços de apoio ao tratamento e à reabilitação da lesão.⁸⁰

Porém, o sistema de *no fault* neozelandês não tem expressão apenas no caso de lesões resultantes de tratamento médico, por isso a ACC mantém um diferente número

⁷⁵FARREL, Anne-Maree [et alii], *No-fault compensation scheme for medical: A review*, Scottish Government Social Research, 2010, pags.39 e 40.

⁷⁶ FARREL, Anne-Maree [et alii], *No-fault compensation scheme for medical: A review*, Scottish Government Social Research, 2010, pag.40.

⁷⁷ GONÇALVES, Carla, «Sistemas Alternativos», in *Responsabilidade Civil dos Médica – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pag.186.

⁷⁸ FARREL, Anne-Maree [et alii], *No-fault compensation scheme for medical: A review*, Scottish Government Social Research, 2010, pag.14.

⁷⁹ Têm ocorrido, nos últimos anos, várias reformas à forma como a ACC é gerida. Inicialmente começou por ser uma espécie de seguradora pública, gestora de seguros sociais – semelhante ao sistema sueco – porém, hoje é vista como uma extensão do serviço nacional de saúde, financiando directamente o Ministério da Saúde neozelandês para o tratamento de vítimas de acidente médico no seio do sistema nacional de saúde.

⁸⁰ FARREL, Anne-Maree [et alii], *No-fault compensation scheme for medical: A review*, Scottish Government Social Research, 2010, pags. 20 e ss..

de contas para administrar os diferentes tipos de compensações para os diferentes tipos de acidente.

Seguem algumas das contas administradas pela ACC:⁸¹

- i) Conta de trabalho: as contribuições são pagas por todos os empregadores - cobre acidentes de trabalho;
- ii) Conta dos assalariados: as contribuições são pagas por todos os trabalhadores - cobre acidentes que não são de trabalho para os trabalhadores por conta de outrem;
- iii) Conta dos trabalhadores: por conta própria: são pagas pelos trabalhadores independentes – cobre acidentes de trabalho para esta classe de trabalhadores;
- iv) Conta dos não assalariados: para todos o que não ganham dinheiro, desde estudantes, reformados e crianças.
- v) Conta de acidentes de tratamento: os fundos desta conta são retirados da conta dos assalariados e não-assalariados, conforme o lesado seja ou não assalariado no momento imediatamente anterior à ocorrência da lesão resultante de tratamento médico - cobre lesões resultantes de tratamento médico.

Passemos então a explicar, de forma sucinta, como se processa na prática o esquema de *no fault* neozelandês.

As várias unidades hospitalares/clínicas possuem um formulário de apresentação de queixas providenciado pela própria ACC, estando os profissionais de saúde, devidamente registados, obrigados a auxiliar o paciente lesado no preenchimento do formulário o que implicará, desde logo, que seja feita uma breve apreciação da situação clínica do paciente, indiciando se a lesão resulta ou não do tratamento médico a que o paciente foi submetido. O lesado tem 12 meses para apresentar a queixa a contar da data da realização do tratamento ou, procurando a cobertura dos danos que haja sofrido, 12 meses desde da data em que um profissional de saúde registado “conclui” que a lesão resulta do tratamento médico.⁸²

Posteriormente, o formulário é enviado para a ACC, sendo-lhe atribuído um número único de queixa.

⁸¹ FARREL, Anne-Maree [et alii], *No-fault compensation scheme for medical: A review*, Scottish Government Social Research, 2010, pag.15.

⁸² FARREL, Anne-Maree [et alii], *No-fault compensation scheme for medical: A review*, Scottish Government Social Research, 2010, pags. 21 e ss..

Depois de recepcionadas pela ACC, as queixas são geridas pelo *Treatment Injury Centre* (TIC), sendo atribuídas para avaliação a um dos profissionais de saúde que integra o corpo laboral do TIC, que investiga e toma decisões de cobertura sobre a queixa, isto é, faz uma primeira avaliação superficial do caso solicitando, se necessário, ao lesado a partilha de mais informação sobre o caso que expôs. Após esta primeira abordagem, o profissional de saúde decidirá se esta parte de factos óbvios, moderados ou complexos (mais duvidosos), conforme seja mais ou menos evidente que o dano decorreu do tratamento médico aplicado ao paciente, podendo aquele, nos casos moderados e complexos, solicitar uma apreciação externa por outros profissionais de saúde.⁸³

Assim, o profissional de saúde decidirá se a queixa parte de factos óbvios, moderados ou mais complexos (duvidosos), sendo que tal é aferido consoante a maior ou menor evidência do nexo de causalidade entre o comportamento médico e o dano que o paciente lesado alega. Partindo deste pressuposto, existem prazos máximos estabelecidos para se tomar uma decisão sobre a queixa apresentada: queixa que parte de factos óbvios - 14 dias; factos moderados - 70 dias; factos complexos 147dias.

Caso se conclua que a queixa reveste um elevado nível de gravidade (ex. se o paciente entrou em estado vegetativo após uma intervenção cirúrgica) o caso é reencaminhado pelo TIC para o centro nacional da ACC de lesões sérias, mais preparado para tratar casos de elevados custos e grandes riscos.

Depois do profissional de saúde, que ficou afecto ao tratamento da queixa, findar a sua apreciação, apresenta as suas conclusões ao restante corpo de profissionais de saúde que integram o TIC, abrindo-se, então, espaço à discussão do caso, contudo, a decisão final sobre a classificação do caso e a cobertura do mesmo de é sempre assumida pelo director do TIC.

Não se pense, porém, que com este sistema ficam descurados todos os pressupostos da responsabilidade civil, por exemplo, a necessidade de se provar o nexo de causalidade mantém-se, ou seja, não havendo uma relação entre o comportamento do

⁸³ FARREL, Anne-Maree [et alii], *No-fault compensation scheme for medical: A review*, Scottish Government Social Research, 2010, pags. 22 a 25.

profissional da medicina e o dano sofrido pelo paciente, não haverá, naturalmente, hipótese de ressarcimento.⁸⁴

Por outro lado, é comum, que num sistema de *no fault*, nem todo e qualquer dano seja acolhido e que os prejuízos suportados pelos pacientes não sejam compensados na sua integralidade.

Ilustrando, no caso neozelandês, existem plafonds máximos estabelecidos conforme a gravidade da lesão sofrida na sequência do tratamento médico. São quatro os cenários possíveis⁸⁵:

- i) Lesão de menor gravidade/ de curta ou média duração: NZ\$ 2,692 dólares;
- ii) Lesão de Maior gravidade, ainda que, também de curta ou média duração também: NZ\$ 9,355;
- iii) Lesão Séria/potencial de morte ou perda de funções a título permanente: NZ\$ 36,495;
- iv) Lesão Sentinela/ da qual resultou a morte do paciente ou, igualmente, a perda de uma elevada percentagem das funções motoras de modo permanente: NZ\$ 71,026.

Na cultura escandinava, o ressarcimento de danos não patrimoniais não assume grande relevo e as indemnizações não vão muito além da compensação das despesas estritamente necessárias.⁸⁶ No fundo, pretende-se responder ao dano evitável, pois compreende-se que determinados danos provocados pelo exercício da medicina são inevitáveis - que só devem ser indemnizáveis se ultrapassarem um determinado limite de suportabilidade, isto é, se se mostrarem suficientemente sérios e raros. Desenvolveu, por isso, algumas regras que servem de parâmetro ao ressarcimento do paciente, a saber a regra do especialista, do equipamento e a regra da alternativa.

- i) A regra do especialista, dá conta que se um profissional experiente e especializado pudesse ter evitado o dano, o paciente tem direito a uma compensação.⁸⁷

⁸⁴ Todavia, verificou-se uma flexibilização, nos países nórdicos, da noção de causalidade, bastando a prova da existência de uma probabilidade ou elevada probabilidade de que o dano resultou da prestação médica, variando de país para país.

⁸⁵ FARREL, Anne-Maree [et alii], *No-fault compensation scheme for medical: A review*, Scottish Government Social Research, 2010, pag.22.

⁸⁶ GONÇALVES, Carla, «Sistemas Alternativos», in *Responsabilidade Civil dos Médicos – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pags. 189 e 190.

⁸⁷ GONÇALVES, Carla, «Sistemas Alternativos», in *Responsabilidade Civil dos Médicos – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pag.192.

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

- ii) A regra da equiparação considera que se o dano que o paciente tem que suportar decorrer de uma falha ou de um defeito do equipamento, este deverá ser compensado.⁸⁸
- iii) Por fim, a regra da alternativa propõe-se a ressarcir o lesado quando se verificar que o dano poderia ter sido evitado pelo recurso a uma técnica ou tratamento alternativo.⁸⁹ Sem dúvida, esta é a regra mais difícil de concretizar e que tem gerado diferentes interpretações nos vários países que adoptaram o sistema a que aqui nos referimos.

Creemos que o sistema de *no fault* poderia apresentar-se como uma solução para o problema português de ausência de celeridade na resposta ao paciente lesado, bem como, de dificuldade de prova dos pressupostos da responsabilidade civil.

Não se ignora que implementar um sistema tão substancialmente distinto do que vigora no presente não é simples, pois implica várias alterações a nível financeiro, a nível burocrático e administrativo, mas sobretudo, ao nível da própria consciência social.

É também evidente que se podem apontar várias críticas a este sistema, porém cremos que as mesmas podem e devem ser desconstruídas.

Um das principais críticas apontadas ao sistema *no fault* prende-se com o facto de este sistema operar sob uma tramitação extra-judicial, que poderá conduzir a uma perda do controlo judicial nesta matéria.

Deve dizer-se que este argumento ignora o facto de estarem previstos mecanismos de recurso judicial e de existir a possibilidade de acesso directo aos tribunais em alternativa à tramitação segundo o sistema de seguro do paciente.⁹⁰ Note-se que não se veda ao paciente procurar uma compensação por tratamento médico lesivo juntos dos tribunais, contudo, não é muito regular fazerem-no, precisamente porque encontram a satisfação do seu direito neste sistema.⁹¹

⁸⁸ GONÇALVES, Carla, «Sistemas Alternativos», in *Responsabilidade Civil dos Médicos – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pag.192.

⁸⁹ GONÇALVES, Carla, «Sistemas Alternativos», in *Responsabilidade Civil dos Médicos – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pag.192.

⁹⁰ CASCÃO, Rui, «Os sistemas escandinavos de seguro do paciente», in *Responsabilidade Civil dos Médicos – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pag.504.

⁹¹ CASCÃO, Rui, «Os sistemas escandinavos de seguro do paciente», in *Responsabilidade Civil dos Médicos – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pag.505.

Outro argumento contrário à aplicação do sistema *no fault* é de que o seu custo será demasiado elevado, contudo, “(...) *os custos primários agregados de um sistema clássico de responsabilidade civil apenas podem ser reduzidos se se restringir o acesso dos pacientes à indemnização dos seus danos, nomeadamente através da rigidez do ónus da prova (...) o que torna premente a questão dos custos secundários (...) que serão repercutidos sobre o lesado ou sobre a segurança social.*”.⁹² Mais se acrescenta, neste sistema “*a existência de franquias permite excluir os pedidos bagatelares e racionalizar o sistema canalizando os recursos para as vítimas de acidentes mais graves, bem como garantir a eficiência administrativa do sistema*”.⁹³

Note-se, ainda, a conclusão de outros países quando avaliam os custos da implementação deste sistema, pois reconhecem que um sistema *no-fault* apresenta-se mais eficaz a conseguir que a compensação chegue às “mãos certas”, sendo claramente mais benéfico para o doente e para a sociedade ter a compensação dada principalmente ao doente do que dispersa por outras vias.⁹⁴

Poderá ainda dizer-se que neste sistema há uma ausência de incentivos económicos aos profissionais de saúde e instituições hospitalares para serem mais cautelosos e preventivos, podendo suscitar-se um clima de uma certa desresponsabilização. Ora, adoptando a resposta a este argumento dada por RUI CASCÃO, neste sistema, promove “ (...) *uma política de transparência clínica, em que a não imputação subjectiva do dano a título de culpa ao lesante (...) potencia a cooperação dos profissionais de saúde e das instituições hospitalares na averiguação objectiva dos factos*”.⁹⁵

Poder-se-á dizer que, é impossível não se reconhecer que ao promover-se a compensação dos pacientes que tenham sofrido danos evitáveis, acaba-se encobrindo a actuação culposa do médico, uma vez que, facilmente caem no âmbito deste tipo de dano os casos de negligência médica, o que representa uma vantagem para a classe

⁹² CASCÃO, Rui, «Os sistemas escandinavos de seguro do paciente», in *Responsabilidade Civil dos Médicos – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pag.507.

⁹³ CASCÃO, Rui, «Os sistemas escandinavos de seguro do paciente», in *Responsabilidade Civil dos Médicos – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pag.508.

⁹⁴ SEUBERT, David E. [et alii], «Is "no-fault" the cure for the medical liability crisis?», in *American Medical Association Journal of Ethics*, Volume 9, Number 4, 2007, pag.2.

⁹⁵ CASCÃO, Rui, «Os sistemas escandinavos de seguro do paciente», in *Responsabilidade Civil dos Médicos – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pags.508 e 509.

médica, podendo afirmar-se “(...) *que os profissionais de saúde também são os grandes beneficiários deste sistema*”.⁹⁶, contudo, como já por nós foi afirmado, neste sistema o requisito da culpa não assume destaque, porque o que é verdadeiramente de destacar é a possibilidade do paciente lesado ver o seu dano compensado, mas antes disso, saber que tem fortes hipóteses de conseguir essa compensação.

Mais, face a esta crítica devemos ainda acrescentar que, um sistema de *no-fault* encoraja os profissionais do sistema de saúde a identificar falhas no sistema e a tomar uma abordagem proactiva para repará-las. Assim quando um doente é lesado o sistema de *no-fault* assegura uma compensação. Tal abordagem atinge dois objetivos: em primeiro lugar, o doente é compensado e em segundo o sistema de saúde é melhorado devido à possibilidade de identificação clara e correcção do erro, sendo possível identificar o médico que o cometeu, e promover a correcção e reabilitação do mesmo.⁹⁷

Ainda a título de crítica, poder-se-á dizer que o *quantum* compensatório neste sistema é diminuto. Cremos que também esta argumentação não se apresenta suficientemente forte, pois embora a compensação das despesas não vá muito além do estritamente necessárias, o cálculo do valor da mesma é feito por referência às regras gerais da responsabilidade civil extracontratual, embora, claro está, as questões de metodologia de cálculo do dano corporal e os preços vigentes nos mercados de prestação de serviços médicos variem, naturalmente, de Estado para Estado.

Uma vez que, num sistema *no fault* o critério para o cálculo da compensação devida por danos provocados por tratamento médico é o mesmo que o da responsabilidade civil aquiliana, em Portugal, cremos que seria ajustado à realidade de um sistema de *no fault*, recorreremos ao firmado no Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 04 de Março de 2008, de forma adaptada, assim, “*O montante da indemnização correspondente aos danos patrimoniais deve ser calculado em qualquer caso (...) segundo critérios de equidade, (...) [atendendo] à (...) situação económica (...) do lesado e do titular da indemnização, às flutuações do valor da moeda, etc. E deve ser proporcionado à gravidade do dano, tomando em conta na sua fixação todas as regras de boa prudência, de bom senso prático, de justa medida das coisas, de criteriosa ponderação das realidades da vida.*”.

⁹⁶ GONÇALVES, Carla, «Sistemas Alternativos», in *Responsabilidade Civil dos Médicos – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pag.193.

⁹⁷ SEUBERT, David E. [et alii], «Is "no-fault" the cure for the medical liability crisis?», in *American Medical Association Journal of Ethics*, Volume 9, Number 4, 2007, pag.2.

Porém, assumimos que a compensação de danos não patrimoniais não encontra o melhor abrigo neste esquema, que é guiado por um espírito de pragmatismo e de necessidade, sendo evidente que isto assim é por uma questão de sustentabilidade do próprio sistema.

Desta forma, julgamos que para o paciente lesado que pretenda ver os seus danos não patrimoniais compensados, a melhor solução será interpor uma acção nos tribunais judiciais ou administrativos, exclusivamente para ser indemnizado face aos seus danos morais, não se devendo considerar haver qualquer prejuízo de requerer, simultaneamente, a compensação dos seus danos patrimoniais no seio do sistema de *no fault*.

Não esqueçamos que o procedimento de compensação *no fault* é um procedimento administrativo, que não decorre nos tribunais e que cujo pedido é somente direccionado para a compensação dos danos patrimoniais na medida do necessário, por essa razão, ditames de justiça impõe que não fique vedada ao lesado a possibilidade de ser compensado pelos danos não patrimoniais que sofreu.⁹⁸

Embora se possa aqui encontrar uma identidade dos sujeitos e da causa de pedir, cremos que não poderemos aqui invocar a excepção de litispendência a que se referem os artigos 580º e 581º do CPC, isto porque, para além do pedido, enquanto “ (...) *providência jurisdicional adequada para, respectivamente, reparar a violação consumada, prevenir a violação ameaçada*”⁹⁹, ser diferente em ambos os casos, pois que por um lado se pede estritamente a indemnização dos danos patrimoniais e por outro exclusivamente a compensação dos danos morais, seguimos aquele que é o entendimento do Supremo Tribunal Administrativo explanado, por exemplo, no Acórdão de 05 de Fevereiro de 2013, “ (...) *A litispendência invocável em juízo é instituto dos processos judiciais. (...) Tem por objectivo evitar que o tribunal seja colocado na alternativa de contradizer ou de reproduzir uma decisão anterior, decisão de outro tribunal, naturalmente. O problema não se coloca entre uma decisão judicial e uma decisão administrativa. A possibilidade de contradizer decisões administrativas, por isso, anulando-as ou declarando-as nulas é, aliás, inerente à actividade dos tribunais, nomeadamente dos tribunais administrativos (artigo 2.º, n.º 2, d), do CPTA.*

⁹⁸ E a experiência demonstra que uma lesão ocorrida na sequência de acto médico origina, se não sempre, quase sempre, prejuízo patrimoniais e não patrimoniais.

⁹⁹ LEBRE DE FREITAS, José, *A Acção Declarativa Comum – À Luz do Código Revisto (Reimpressão)*, Coimbra, Coimbra Editora, 2010, pag.34.

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

Não há litispendência entre causas, processos ou procedimentos judiciais e administrativos”.

Assim, ultrapassada a dificuldade aparente da aplicação da excepção de litispendência, cremos que o paciente lesado não ficaria impedido de solicitar, ao órgão responsável pelo tratamento das queixas e pela decisão de cobertura das mesmas, que lhe fossem cedidos todos os elementos de prova já recolhidos por aquela entidade, que pudessem auxiliá-lo na instrução da acção judicial.

Cremos ter deixado claro que um sistema cuja culpa não é o elemento essencial da responsabilização do profissional de saúde, apresenta inúmeras vantagens para o lesado no que concerne com celeridade, gratuidade e possibilidade alargada de acesso ao ressarcimento, uma vez que, como se concluiu da recolha jurisprudencial, segundo o regime geral da responsabilidade civil, é extremamente difícil ao paciente obter ganho de causa.

O sistema de *no fault* permite não só ao lesado aceder, na maioria das vezes, a uma compensação, mas conseguiu-lo rapidamente e dentro da esfera administrativa dos estabelecimentos de saúde, sem que lhe acarrete qualquer outro custo.

Todavia, é facto que o actual sistema não se tem mostrado tão funcional e eficiente como deveria, dado que, é na maioria dos casos, em termos práticos e objectivos, infrutífero ao paciente interpor em juízo uma acção de responsabilidade civil contra o profissional de saúde.

É premente reconhecer-se que a responsabilidade civil clássica não resolve os desafios colocados pela modernidade, e exige-se um estudo aprofundado das formas alternativas de compensação dos danos provocados por acidentes médicos.

O sistema de *no fault* é reconhecido e admirado por diversos países, apresentando um método credível de proporcionar uma compensação digna, segundo um processo rápido, eficiente e humano, a um universo alargado.¹⁰⁰

É de reconhecer que, o estudo de mecanismos alternativos de recomposição dos acidentes médicos é essencial, uma vez que, nos servem de termo de comparação para aprendermos com a experiência de outros países e avançarmos com a nossa própria, seja no sentido de construir uma realidade semelhante ou não, pois não se ignora que a

¹⁰⁰ CASCÃO, Rui, «Os sistemas escandinavos de seguro do paciente», in *Responsabilidade Civil dos Médicos – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pag.509.

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

transposição para o caso português de um sistema *no fault* não poderia ser encarada com facilitismos e imprudências.

Por isso, socorrendo-nos das palavras de ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY concluímos, “*Na vida, não existem soluções. Existem forças em marcha: é preciso criá-las e, então, a elas seguem-se as soluções*”.¹⁰¹

¹⁰¹ <http://www.citador.pt/frases/citacoes/t/solucao>

3. ASSESSORIA JURÍDICA

Cabe agora deixar aqui explanados alguns dos principais pareceres/esclarecimentos que tive oportunidade de produzir ao longo os meses que desenvolvi a actividade de assessoria jurídica.

Num primeiro momento, ficaram expostas aquelas que são, no meu entendimento, as matérias que se mostram mais próximas da actividade seguradora, a que genericamente se deu o nome de “Dúvidas da actividade seguradora”.

Porém, e uma vez que, durante o estágio houve oportunidade de tratar outras questões não directamente relacionadas com a actividade seguradora e se considerou pertinente dar nota das mesmas, surgirá no Anexo III, sobre o título “Outras dúvidas na actividade seguradora” a indicação de outros esclarecimentos que foram produzidos sobre a forma de parecer durante o estágio curricular.

Alerta-se, no entanto, para o facto de não se encontrarem reproduzidos neste capítulo todos os pareceres sobre Direito dos Seguros que tive oportunidade de elaborar, uma vez que, apenas foi possível reproduzir uma pequena parte do que foi feito nesta matéria, pois outra opção manifestar-se-ia exaustivamente descritiva.

I. DÚVIDAS DA ACTIVIDADE SEGURADORA

- i) **Pedido de parecer:** *O tomador do seguro desenvolve como actividade principal o comércio de todo o tipo de veículos automóveis, estando por isso, obrigado a celebrar um seguro de garagem. Pretende-se saber se o seguro de garagem estende a sua cobertura a veículos que estejam registados na propriedade do tomador do seguro, mas que se destinem, no âmbito da sua actividade, a serem comercializados, ou se a partir do momento que regista o veículo na sua propriedade, está obrigado a celebrar um seguro de responsabilidade civil automóvel?*

Resposta:

De acordo com o disposto no DL n° 291/2007, de 21 de Agosto, que aprova o regime do seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel, o seu artigo 6º, n° 1, impende a obrigação de segurar o automóvel sobre o proprietário do veículo.

Especifica o artigo 6º, n° 3 que o garagemista está ainda obrigado a segurar a responsabilidade civil em que incorra quando utilize, por virtude das suas funções, os referidos veículos no âmbito da sua actividade profissional, ainda que o acidente tenha

sido causado pela utilização do veículo fora do âmbito dessa actividade, ou o acidente ter sido causado por autores de furto ou roubo de veículo à sua guarda, de acordo com o artigo 7º, nº 1 e nº 2 do DL nº 291/2007.

Assim, o objecto deste seguro especial é a responsabilidade civil automóvel em que podem incorrer aqueles que a lei considera garagistas, isto é, *“quaisquer pessoas ou entidades que habitualmente exercem a actividade de fabrico, montagem ou transformação, de compra e ou venda, de reparação, de desempanagem ou de controlo do bom funcionamento de veículos (...) quando utilizem, por virtude das suas funções, os referidos veículos no âmbito da sua actividade profissional”*.

O que o legislador visou foi o uso profissional de veículos pelos profissionais da venda e da reparação automóvel, qualificados de *“garagistas”* e, naturalmente, esse uso será especialmente o de um veículo não próprio do garagista.

Com a superveniência do sistema de Registo da Propriedade Automóvel envolvido no novo regime fiscal sobre veículos (conjugação da Lei nº 22-A/2007, de 29 de Junho, com as alterações introduzidas pelo DL nº 20/2008, de 31 de Janeiro, no DL nº 54/75 e no DL nº 55/75, ambos de 12 de Fevereiro), as entidades que habitualmente exerçam a actividade de compra e venda de veículos ficaram obrigadas a registar em seu nome os veículos destinados a essa actividade.

A lei impõe uma específica obrigação de segurar ao garagista, o que se depreende inclusivamente pelo próprio recurso à expressão *“estão ainda obrigados”* do artigo 6º, nº 3 DL nº 291/2007, de 21 de Agosto, não operando uma substituição do seguro de garagista pelo seguro de responsabilidade civil automóvel que impende sobre todos os proprietários de veículo terrestre a motor para cuja condução seja necessário um título específico, com estacionamento habitual em Portugal e que se destinem à circulação.

Esclarece ADRIANO GARÇÃO SOARES que, *“ (...) Do âmbito do seguro de garagista, e salvo melhor opinião, encontram-se excluídos os veículos próprios do segurado (garagista ou equiparado) e do detentor da carta segura, bem como todos aqueles que intervenham em sinistros ocorridos fora do âmbito da actividade profissional dos garagistas. Na realidade, e regra geral, os veículos do segurado devem ser individualizados e como tal normalmente seguros em situações idênticas aos abrangidos pelo seguro normal. Assim, em princípio, o denominado seguro de*

*garagista só cobre os riscos resultantes de sinistros ocorridos com veículos de terceiros por si utilizados no desempenho da sua actividade profissional”.*¹⁰²

No entanto, uma exclusão deve ser considerada de acordo com o mesmo autor, “*Exceptua-se, porém, o caso das empresas que se dedicam à compra e venda de veículos, cujo seguro abrange efectivamente os veículos destinados à venda, mas já não os que fazem parte da própria frota do segurado, nem os que não se encontram afectos àquela finalidade (venda) ”.* Veja-se, ainda, o Acórdão da Relação de Lisboa de 28 de Abril de 1999, “*O chamado seguro de garagista cobre a responsabilidade civil do condutor – vendedor de automóveis – que, no âmbito de uma relação laboral com empresa que se dedicava à compra e venda de veículos, conduzia o veículo sinistrado no exercício da sua profissão com vista à sua venda, por ordem e no interesse da entidade patronal, ainda que o veículo não fosse ainda propriedade desta e, figurando (condutor) na respectiva apólice como condutor autorizado”.*

Contudo, é entendimento do ISP que a lei do seguro de responsabilidade civil automóvel vigente não consagra qualquer impedimento a que as partes incluam no âmbito do seguro de garagista veículos destinados ao uso profissional de entidade que habitualmente desempenhe a actividade de compra e venda de veículos, mas com registo automóvel em seu nome.

Porém, “*como uma tal possibilidade legal é suscetível de gerar um risco moral considerável – o risco de o garagista incluir no âmbito da cobertura do seguro de garagista veículos destinados ao seu uso pessoal, que não ao uso profissional –, os seguradores do seguro de garagista são livres de impor condições contratuais apropriadas, sobretudo, a identificação ab initio dos veículos utilizáveis pelo garagista, dos destinados ao uso profissional, mas também dos destinados ao uso pessoal do garagista”.*¹⁰³

Nesta medida, se o segurador optar por não estender a cobertura, será então necessário que o proprietário do veículo celebre um contrato de seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel para que a sua obrigação de segurar fique devidamente cumprida.

¹⁰² SOARES, Adriano Garção [et alii]., *Seguro Obrigatório de Responsabilidade Civil Automóvel, Direito Nacional, Direito da EU, O Sistema De Carta Verde*, 3ª Edição, Lisboa, Almedina, 2006, pag.31 e ss..

¹⁰³ ISP, «veículos destinados ao uso profissional do garagista e defesa do segurador contra o risco moral por meio do exercício da liberdade contratual», in *Relatório de Regulação e Supervisão da conduta de Mercado*, Capítulo 2, Lisboa, 2009, página 55.

Porém, há que dizer, que tem sido entendimento da jurisprudência que, “*O seguro de responsabilidade civil automóvel de garagem ou de stand, porque se destina a garantir perante terceiros o pagamento das indemnizações devidas a título de responsabilidade civil, não cobre os danos sofridos pelo próprio veículo quando conduzido por aquele ou seus empregados. O proprietário do veículo, não sendo terceiro perante aqueles, não pode reclamar deles a indemnização pelos danos por si sofridos no próprio veículo ao abrigo da responsabilidade civil extracontratual. A seguradora que tenha indemnizado o seu segurado, proprietário do veículo pelos danos próprios sofridos em acidente ocorrido quando era legitimamente conduzido por pessoa do stand, não goza de direito de subrogação legal do artigo 441º do Código Comercial*”, assim o afirma o Acórdão da Relação de Évora 19 de Maio de 2005, e no mesmo sentido, dita o Acórdão da Relação de Coimbra de 29 de Novembro de 2005, “*De natureza obrigatória, o seguro de garagem circunscreve-se a garantia da responsabilidade civil aos casos em que o segurado utiliza o veículo, por virtude do exercício das suas funções, no âmbito da sua actividade profissional de mecânico*”.

Quanto ao prazo legal para se proceder ao registo da propriedade do automóvel em nome da empresa é de 60 (sessenta) dias a contar da data do facto (transmissão da propriedade do automóvel), artigo 42º, nº1 do DL nº 55/75, de 12 de Fevereiro.

**

- ii) **Pedido de parecer:** *Pretende-se saber se o seguro de garagem só é válido durante um período de 180 dias, que será o tempo máximo de registo provisório que os stands fazem para as viaturas que têm à venda. Pretende-se igualmente saber o que sucede depois de terminados esses 180 dias? Questiona-se ainda, se no caso dos stands não venderem os carros e ficarem com as viaturas paradas (circulando só para test drive, vistoria e ocasionalmente para mudança de montra do stand), como devem ser feitos os lançamentos contabilísticos em relação a estas viaturas.*

Resposta:

Embora na gíria seja comum fazer-se referência à existência de um registo de propriedade automóvel provisório, juridicamente tal figura não existe, isto é, o que a Portaria nº 99/2008, de 31 de Janeiro, veio regular de acordo com o seu artigo 1º, nº 1 alínea c), foi a promoção de actos de registo de veículos por via electrónica pelo

vendedor, nos casos em que este seja entidade que tenha por actividade principal a compra de veículos para revenda e proceda ao pedido de registo da propriedade adquirida em virtude de alienação de veículo no exercício dessa actividade. Acrescenta o artigo 17º, nº 1 as condições para que se proceda à promoção deste registo, nos casos em que o vendedor seja uma entidade que tenha por actividade principal a compra de veículos para revenda.

Estabelece o artigo 18º do mesmo diploma legal as especificidades aplicáveis à promoção de actos de registo de veículos por estas entidades, dispondo nas alíneas e) e f) que quando o facto registado seja a aquisição da propriedade do veículo por entidade que tenha por actividade principal a compra de veículos para revenda não é emitido certificado de matrícula, podendo o veículo circular com o respectivo documento de substituição, e só se não for pedido o registo da venda do veículo nos 180 dias subsequentes à aquisição da propriedade, o serviço competente promove oficiosamente a emissão do Certificado de Matrícula.

Assim, o que a lei determina não é a existência de um registo provisório da propriedade do automóvel, uma vez que, assim que as entidades a que aqui nos referimos procedam à realização do registo do veículo por via electrónica, a propriedade do automóvel em questão é, para todos os efeitos legais, dessa mesma entidade.

Todavia, a lei vem admitir que, e apenas por razões económicas e de poupança fiscal, face à natureza da actividade e ao seu objecto que é a compra de veículos para revenda, que o Certificado de Matrícula só seja emitido 180 dias depois da aquisição da propriedade do veículo em nome da entidade que desenvolve aquela actividade.

No fundo, o que sucede é que quando alguma destas entidades adquire um veículo automóvel no exercício da sua actividade fica, com a superveniência do sistema de Registo da Propriedade Automóvel envolvido no novo regime fiscal sobre veículos (conjugação da Lei nº 22-A/2007, de 29 de Junho, com as alterações introduzidas pelo DL nº 20/2008, de 31 de Janeiro, no DL nº 54/75 e no DL nº 55/75, ambos de 12 de Fevereiro), obrigada a registar em seu nome os veículos destinados a essa actividade, uma vez que, é proprietária do mesmo.

Desta forma, como proprietários destes veículos, impende sobre estas entidades a obrigação de segurar o veículo de acordo com o artigo 6º, nº 1 do DL nº 291/2007, de 21 de Agosto.

A lei impõe uma específica obrigação de segurar o garagista, artigo 6º, nº 3DL nº 291/2007, de 21 de Agosto, o que se depreende inclusivamente pelo próprio recurso à expressão “estão ainda obrigados”, não operando uma substituição do seguro de garagista pelo seguro de responsabilidade civil automóvel que impende sobre todos os proprietários de veículo terrestre a motor para cuja condução seja necessário um título específico, com estacionamento habitual em Portugal e que se destinem à circulação.

Quanto ao registo contabilístico dos veículos adquiridos pelo stand e registados como sua propriedade, estes integram o activo da empresa (bens e direitos da empresa), devendo o seu registo ser feito numa conta de activos, que no caso concreto será numa conta de Existências/Inventário, de acordo com o §6 da Norma Contabilística de Relato Financeiro 18, devem registar-se numa conta de Inventários (Existências) os activos detidos para venda no decurso ordinário da actividade empresarial, uma vez que, “os inventários são bens armazenáveis adquiridos ou produzidos pela empresa e que se destinam à venda ou a serem incorporados na produção”¹⁰⁴.

**

- iii) **Pedido de parecer:** *Pretende-se saber como funciona o reembolso dos PPR/E nos termos DL nº158/2002 de 02 de Julho, para fazer face a despesas de educação, sendo que, no caso concreto, o filho do participante frequenta um curso profissional de especialização tecnológica que atribui a qualificação profissional de nível IV.*

Resposta:

Prevê o artigo 4º, nº 1, alínea f) do DL nº 158/2002 de 02 de Julho, que possa ser exigido o reembolso do valor do PPR/E pelo participante em caso de frequência ou ingresso de um qualquer membro do seu agregado familiar em curso de ensino profissional.

Impõe, porém, o nº 2 do mesmo artigo que o reembolso, nestes casos, só possa operar quanto a entregas relativamente às quais já tenham decorrido pelo menos cinco anos após as respectivas datas de aplicação pelo participante.

A descrição objectiva dos casos previstos no nº 1 do artigo 4º e os respectivos meios de prova é feita por Portaria, concretamente, pela Portaria nº 1453/2002 de 07 de

¹⁰⁴ SILVA MONTEIRO, Sónia Maria da, *Manuel de Contabilidade Financeira*, VidaEconómica, Porto, 2013, pag.381.

Agosto de 2002, que considera, para efeitos da aplicação da alínea f) do artigo 4º, cursos profissionais de especialização tecnológica que atribuem a qualificação profissional de nível IV, considerando-se meio de prova a cópia do cartão de contribuinte do participante e atestados de residência do participante e do educando passados pela respectiva junta de freguesia e ainda, para o 1º ano do curso, o recibo ou certificado de inscrição, emitido pelo estabelecimento de ensino respectivo, com expressa indicação do fim a que se destina.

Quanto à modalidade de reembolso, de acordo com o artigo 5º, nº 1 alínea a) do DL nº 158/2002 de 02 de Julho, os participantes podem optar pelo recebimento da totalidade ou de parte do valor do plano poupança reforma contudo, o reembolso feito ao abrigo da alínea f) do nº1 do artigo 4º, só poderá ser efectuado uma vez em cada ano, e está sujeito aos limites por educando fixados na Portaria nº 1452/2002 de 11 de Novembro, que determina que este só se poderá verificar:

- a) quanto a entregas efectuadas até 31/12/2005. As entregas posteriores a 01/01/2006 se reembolsadas com base no motivo aqui afluído serão consideradas fora das condições pelo que terão penalizações fiscais;
- b) até ao limite anual de € 2.500,00 por educando no caso da inscrição ou frequência de curso em estabelecimento de ensino situado no do território do continente, para os educandos com residência habitual no mesmo território.

Uma vez que, no caso concreto, o valor do reembolso pretendido pelo cliente é de € 2.500,00 e que este realizou participações antes de 31/12/2005, não vemos nenhum inconveniente a que se proceda ao resgate do PPR/E.

Deixámos ainda sublinhado que o reembolso que seja feito fora das condições *supra* afluídas, implica a perda dos benefícios fiscais associados ao PPR/E bem como a aplicação de uma penalização fiscal

Em suma, prevê o artigo 4º, nº 1, alínea f) do DL nº 158/2002 de 02 de Julho, que possa ser exigido o reembolso do valor do PPR/E pelo participante em caso de frequência ou ingresso de um qualquer membro do seu agregado familiar em curso de ensino profissional. O reembolso só pode operar quanto a entregas relativamente às quais já tenham decorrido pelo menos cinco anos após as respectivas datas de aplicação pelo participante, uma vez em cada ano, quanto a entregas efectuadas até 31/12/2005 e até ao limite anual de € 2.500,00 por educando, quando feito fora das condições *supra*

afloradas, implica a perda dos benefícios fiscais associados ao PPR/E bem como a aplicação de uma penalização fiscal.

**

iv) **Pedido de parecer:** *Pretendia saber-se se é juridicamente possível uma entidade estrangeira (no caso, espanhola), pessoa colectiva, figurar como beneficiária num contrato de seguro.*

Resposta:

Em primeiro lugar, verificamos que a LCS não estabelece obstáculos expressos e concretos no que respeita à designação de beneficiário de seguro com outra nacionalidade que não seja portuguesa.

Todavia, é importante alertar-se para alguns aspectos que se podem colocar quando o beneficiário seja uma entidade estrangeira.

Por um lado, existem vários diplomas comunitários que fixam medidas restritivas à negociação e respectivos pagamentos com determinadas entidades e países, obrigando a que não se estabeleçam ou se restrinjam as relações comerciais/empresariais com as entidades ou países determinados.

É ainda relevante equacionar se poderão existir alguns constrangimentos relativos à designação de beneficiário de seguro não residente ou natural do Estado português, para efeitos de tributação, isto é, para efeitos de aplicação do imposto sobre o rendimento de pessoas colectivas sobre o valor da indemnização que possa vir a ser por aquele auferido por efeito do contrato de seguro.

Também neste domínio parece não haver obstáculos, uma vez que, aquele imposto só incide sobre rendimentos obtidos em território nacional¹⁰⁵ o que parece não acontecer no presente caso.

Ainda será importante frisar o facto dos documentos emitidos no estrangeiro deverem ser sujeitos a actos necessários à sua legalização e produção de efeitos em Portugal, nomeadamente:

- Caso o país onde o documento seja emitido seja Parte da Convenção de Haia¹⁰⁶ deverá o mesmo ser apostilhado junto da entidade competente no país de origem;

¹⁰⁵ O CIRC prevê quais os rendimentos que se consideram obtidos em território português, nomeadamente no art. 4º n.º3.

¹⁰⁶ Espanha é Parte desta Convenção.

- Caso não seja, a assinatura reconhecida por agente diplomático ou consular português no Estado respectivo e a assinatura deste agente esteja autenticada com o selo branco consular respectivo¹⁰⁷ para poderem ser legalmente válidos em Portugal.

Uma nota final em relação à lei aplicável ao contrato de seguro em caso de sinistro que, de acordo com as condições gerais do seguro contratado será sempre a lei portuguesa atendendo ao disposto na cláusula 77º das mesmas.

Porém, caso a questão não estivesse regulada nas condições gerais, deveria atender-se ao disposto no artigo 5º e 8º, nº 1 da LCS, que determina que ao contrato de seguro se aplicam as normas gerais de direito internacional privado em matéria de obrigações contratuais, nomeadamente as decorrentes de convenções internacionais e de actos comunitários que vinculem o Estado português. Assim, e caso as partes não escolham a lei aplicável ao contrato de seguro, este rege-se pela lei do Estado com o qual esteja em mais estreita conexão.

Feitas as devidas ressalvas, cremos não existir obstáculo jurídico a que seja designado como beneficiário do seguro uma entidade de nacionalidade espanhola.

**

- v) **Pedido de parecer:** *Pretendia-se saber se, no caso de perda total da viatura segura, a apólice em causa é ou não considerada automaticamente resolvida. Em caso afirmativo, se essa resolução automática da apólice isenta o segurador de comunicar/oficializar essa situação ao tomador do seguro?*

Resposta:

Para que nos seja possível responder à questão formulada, teremos que primeiramente fazer um enquadramento sobre a função do interesse e do risco como elementos essenciais do contrato de seguro.

Numa acepção jurídica, o interesse indica uma relação de utilidade ou de necessidade entre uma pessoa e um bem, que pode ser expressa num sentimento de conveniência e avidez, como um sentido de importância, curiosidade e zelo.

A compreensão do interesse segurável é fundamental para a compreensão da questão colocada, uma vez que, é o interesse que condiciona o conteúdo do contrato, que determina o seu valor, e que indica quem pode contratar o seguro por possuir um legítimo interesse na preservação do bem.

¹⁰⁷ Espanha é Parte desta Convenção.

É, porém a exposição ao risco a condição para que o interesse seja segurável. O risco é a possibilidade de ocorrência de um evento capaz de afectar o bem ou a relação, acarretando um dano ou uma desvantagem para o segurado.

Existe portanto uma clara dependência entre o risco e o interesse segurável. Nas palavras de MARGARIDA LIMA REGO “ (...) *no seguro não há risco sem interesse ou interesse sem risco. Por um lado, porque a cessação do risco elimina a necessidade de o cobrir, não podendo dizer-se que o segurado tenha interesse na sua cobertura pelo segurador. Por outro lado, porque a cessação do interesse elimina a possibilidade de a ocorrência do sinistro vir a dar azo ao surgimento de uma necessidade do segurado – com o desaparecimento do interesse vem a faltar o terreno sobre o qual o risco pode verificar-se, não se concebendo um risco sem um bem ameaçado*¹⁰⁸”.

O interesse segurável é legítimo quando demonstrado que o seu titular possui uma relação juridicamente protegida com o bem, que o admite à contratação do seguro, porque dela decorre que o risco da sua perda é indesejado ou tem consequências indesejadas e, por isso, há interesse na sua conservação e, conseqüentemente, interesse na contratação do seguro.

A importância do interesse segurável no contrato de seguro é de tal ordem que impõe o artigo 43º, nº1 da LCS que a inexistência deste acarrete a nulidade do contrato. Do mesmo modo, também a inexistência do risco acarreta a nulidade do contrato de acordo com o disposto no artigo 44º, nº 1 do mesmo diploma legal.

Todavia, quando falamos de inexistência superveniente do interesse ou do risco, não podemos falar de nulidade, mas antes de resolução automática do contrato de seguro, artigo 110º da LCS.

Assim, a perda total do veículo nos termos do artigo 41º, nº 1 do regime de seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel, concretiza-se numa perda do interesse segurável e conseqüentemente num desaparecimento do risco segurável/coberto e, por essa razão, operar-se-á a resolução automática do contrato de seguro.

Contudo, a ocorrência de resolução automática não exclui a obrigação de o segurador proceder à sua comunicação, por escrito, ao tomador. Esta necessidade de

¹⁰⁸ REGO, Margarida Lima, «O Risco e as suas Vicissitudes», in *Temas de Direito dos Seguros – A propósito da Nova Lei do Contrato de Seguro*, Coord. Margarida Lima Rego, Coimbra, Coimbra, Almedina, 2012, pag.276.

comunicação é uma decorrência não só do princípio da boa-fé e da confiança, norteadores de todas as relações contratuais (em especial da relação que se estabelece entre segurador e tomador), mas também do próprio *espírito* da LCS que exige que sejam efectuadas por escrito todas as comunicações entre as partes que se relacionem com os aspectos estruturantes do contrato de seguro como, evidentemente, será o caso da sua cessação (veja-se a exemplo o disposto no artigo 18º e no artigo 91º).

Será esta também uma forma de o próprio segurador salvaguardar a sua posição, pois não raras vezes, o tomador decide proceder à reparação do veículo, à revelia do segurador, podendo gerar alguns constrangimentos quanto à determinação da ainda existência ou inexistência de interesse segurável.

**

- vi) **Pedido de parecer:** *A questão que se coloca é até que ponto uma pessoa designada como procurador tem poderes para assinar um Questionário Médico em relação ao estado de saúde do tomador/pessoa segura.*

Resposta:

Define o artigo 262º do CC a procuração como o acto pelo qual alguém atribui a outrem, voluntariamente, poderes representativos ficando este obrigado a receber e suportar na sua esfera jurídica os efeitos dos negócios que, em seu nome, o procurador realizar. Explica MENEZES CORDEIRO que a procuração “ (...) traduz o acto pelo qual se confirmam, a alguém, poderes de representação e exprime o documento onde esse negócio tenha sido exarado (...) enquanto acto, é um negocio jurídico unilateral (...) não [sendo] necessário qualquer aceitação para que ela produza os seus efeitos”.¹⁰⁹

Em regra, todos os actos podem ser praticados por meio de procurador, desde que o negócio diga respeito a algo que não seja ilícito, não ofenda os bons costumes e não implique com o exercício de direitos personalíssimos, em que a lei exija a intervenção pessoal do respectivo titular não permitindo que sejam realizados por representante, como fazer um testamento ou revogá-lo, exercer cargo público ou prestar serviço militar, por se tratar de matérias em que quase não vigora o princípio da autonomia privada.

¹⁰⁹ MENEZES CORDEIRO, António, *Tratado de Direito Civil V – parte geral legitimidade, representação, prescrição, abuso do direito, colisão de direitos, tutela privada e provas*, Lisboa, Almedina, 2011, pag.89.

Nas palavras de MENEZES CORDEIRO, “ (...) *Em princípio, a procuração pode ter por objecto a prática de quaisquer actos, salvo disposição legal em contrário. É o que sucede no caso do testamento – artigo 2182/1. Mais restritivo, o Código de Seabra admitia a procuração apenas para actos que não fossem meramente pessoais*”.¹¹⁰

Ora, não cremos que seja este o caso de preenchimento de relatório médico e consequente assinatura do representante para efeitos de contratação de um seguro, pois não só a lei não impõe directamente a intervenção pessoal do respectivo titular/tomador, como não há matéria mais norteada pelo princípio da autonomia privada que a contratual.

No entanto, é necessário clarificar-se que deve constar expressamente da procuração a concessão de poderes para assinar e preencher questionário relativo a dados de saúde do representado, uma vez que, se trata de informação integrada na esfera da vida íntima do tomador.¹¹¹

Existem alguns aspectos característicos do contrato de seguro que não podem ser descurados para dar resposta à questão formulada, nomeadamente a necessidade de existência de interesse segurável e de risco, artigos 43º e 44º da LCS, para que o contrato se possa considerar validamente celebrado.

É a essencialidade do risco que justifica o disposto no artigo 24º da LCS que obriga o tomador, antes da celebração do contrato de seguro, a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para apreciação do risco pelo segurador.

Falamos aqui, de um dever pré-contratual que podemos designar de “declaração do risco” que se traduz “ (...) *num conjunto de informações que devem ser unilateralmente prestadas pelo tomador de seguro ou pelo segurado ao segurador na proposta de seguro, as quais visam permitir que o último, mediante o cálculo exacto do risco e do correspondente valor do prémio e a apreciação das restantes cláusulas contratuais, decida aceitar ou recusar tal proposta*”.¹¹²

¹¹⁰ MENEZES CORDEIRO, António, *Tratado de Direito Civil V – parte geral legitimidade, representação, prescrição, abuso do direito, colisão de direitos, tutela privada e provas*, Lisboa, Almedina, 2011, pag.89.

¹¹¹ Artigo 70º e ss. do CC.

¹¹² GALVÃO TELES, Joana, «Deveres de Informação das Partes», in *Temas de Direito dos Seguros – A propósito da Nova Lei do Contrato de Seguro*, Coord. Margarida Lima Rego, Coimbra, Coimbra, Almedina, 2012, pag.250.

Mais se acrescenta, nas palavras de MARGARIDA LIMA REGO, “*Ao regular a declaração inicial do risco, a lei procura assegurar a máxima correspondência entre o risco propriamente dito, resultado de um juízo de risco do tomador do seguro, e os seus reflexos no texto contratual*”.¹¹³

Assim, subjacente à letra da lei está o intuito de que sejam prestadas ao segurador o máximo de informações sobre as circunstâncias que consubstanciam o risco e que essas sejam prestadas por quem melhor as conhece.

Será então, necessário equacionar-se se o preenchimento do questionário médico/saúde, incidindo sobre dados de grande sensibilidade e pessoalidade, não redundará num incumprimento desta obrigação que impende sobre o tomador ou segurado, uma vez que, se exige que as declarações sejam feitas com exactidão e que incidam sobre todos os aspectos significativos para a avaliação do risco, cremos que será aquele sobre o qual o risco impende que estará na melhor posição de elucidar o segurador sobre todos os aspectos a que este deve atender aquando da celebração do contrato de seguro.

É evidente, que o preenchimento por procurador não implica que este não inquiria o candidato tomador/pessoa segura sobre a informação que deverá transmitir ao segurador através do questionário médico. Porém, é natural que o segurador não queira assumir o risco da possível incorrecção e incompletude da informação dada pelo procurador, precisamente porque esta se mostra de extrema relevância na determinação do valor do prémio a pagar e do risco a cobrir.

O *supra* referido torna-se mais claro quando se compreende que foi vontade do legislador nacional consagrar o sistema da declaração espontânea do tomador¹¹⁴ em detrimento do sistema de resposta a questionário apresentado pelo segurador¹¹⁵ que na sua formulação mais exigente é de “questionário-fechado”, estendendo-se assim a obrigação do tomador/segurado não só à resposta às perguntas formuladas no questionário eventualmente fornecido pelo segurador, como a várias outras circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário para o efeito. Frisando-se ainda, as consequências jurídicas do incumprimento do disposto no artigo 24º da

¹¹³ REGO, Margarida Lima, «O Risco e as suas Vicissitudes», in *Temas de Direito dos Seguros – A propósito da Nova Lei do Contrato de Seguro*, Coord. Margarida Lima Rego, Coimbra, Coimbra, Almedina, 2012, pag.276.

¹¹⁴ Também designado por “base-resposta”, “base-tomador”.

¹¹⁵ Também designado por “base-pergunta”, “base-segurador”.

LCS, designadamente, através do disposto nos artigos 25º e 26º da LCS que determinam o significado jurídico do dever de informação.

Determina o artigo 25º da LCS que, quando se trate de omissão ou inexactidão dolosa das informações prestadas, o contrato de seguro é anulável mediante comunicação do segurador ao tomador não estando aquele obrigado a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter conhecimento do incumprimento do dever disposto no artigo 24º ou que ocorra nos três meses subsequentes ao conhecimento do incumprimento.

Caso as omissões ou inexactidões tenham sido negligentes, de acordo com o artigo 26º LCS, o segurador pode propor uma alteração do contrato ou fazer cessar o contrato demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente.

Todavia, se antes da cessação ou alteração do contrato ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões, o segurador só está obrigado a cobrir o sinistro na proporção da diferença do prémio pago e o prémio que seria devido, caso o facto não houvesse sido omitido ou declarado inexactamente. Porém, se o segurador demonstrar que em caso algum teria celebrado aquele contrato de seguro se tivesse tido conhecimento do facto omitido ou inexactamente declarado, não terá que cobrir o sinistro e fica apenas vinculado à devolução do prémio.

Em suma, o que se pretende ver esclarecido é que, embora legalmente admissível, julgamos que o preenchimento do questionário médico pelo representante, pode trazer inúmeros constrangimentos e sérias dúvidas quanto ao cumprimento daquelas que são algumas das obrigações pré-contratuais do tomador e, por essa razão, podem os seguradores não se encontrar disponíveis para aceitarem contratar em tais condições.

**

vii) **Pedido de parecer:** *Pretendeu-se saber se o pai de uma tomadora de seguro poderia, em nome daquela e assumindo-se como gestor de negócios, dirigir à seguradora ordens de pagamento relativamente a apólices já vencidas, alegando que o fazia porque a tomadora se encontra impossibilitada de assinar por se encontrar num estado de doença prolongada de natureza psíquica.*

Resposta:

Estando uma pessoa (dono do negócio/*dominus negotii*) impossibilitada de gerir o seu património ou de praticar certo acto que respeita à sua esfera jurídica, isto é, não

podendo zelar pelos seus interesses, é possível um terceiro (gestor) imiscuir-se na esfera jurídica do impossibilitado, tomando as medidas necessárias, sem a isso ter sido autorizado de acordo com artigo 464º do CC.¹¹⁶

No caso concreto, tendo como verificada a impossibilidade do *dominus negotii* de gerir o seu património ou de praticar certo negócio jurídico, deve considerar-se verificado um dos pressupostos de admissibilidade da gestão de negócios.

É ainda requisito essencial deste instituto jurídico que o gestor não esteja habilitado a actuar. No fundo, não pode existir uma norma que lhe imponha, proíba ou permita a sua específica actuação na esfera alheia, tal como no caso concreto não existe.

Neste contexto, dita MENEZES CORDEIRO que, “ (...) *pressupõe a não aplicação do instituto sempre que exista alguma relação específica entre o gestor e o dominus, que legitime a sua intervenção, com base num critério distintivo da simples utilidade para o dominus da sua intervenção. Assim, o gestor não poderá recorrer à gestão de negócios se estiver autorizado ou vinculado por negócio jurídico a exercer a sua intervenção (...) ou se a lei lhe impuser um dever específico de exercer a gestão (...) tratando-se, porém, de deveres genéricos de respeito ou de deveres penais de auxílio, já não parece que a sua existência possa excluir a aplicação do regime da gestão de negócios*”.¹¹⁷

Sendo a gestão representativa, isto é, se implicar a prática de negócios jurídico sem nome do *dominus* e tendo por conteúdo a determinação de que os efeitos estipulados nesse negócio se produzem na esfera jurídica daquele, deverá o negócio ser ratificado posteriormente pelo *dominus* de acordo com o artigo 471º do CC.

No entanto, é preciso atender-se às consequências da aprovação da gestão, uma vez que, “ (...) *o artigo 469º vem prever que a aprovação da gestão envolve a renúncia ao direito de indemnização por danos devidos a culpa do gestor, valendo como reconhecimento dos direitos que lhe competem. (...) Efectivamente, a aprovação implica um juízo global do dominus em relação à actuação do gestor, significando que este a considera, em geral, conforme com o seu interesse e vontade*”.¹¹⁸

¹¹⁶ Embora o artigo em questão não se pronuncie a esse respeito, tem a doutrina considerado que a impossibilidade do *dominus* actuar é pressuposto da aplicação da figura da gestão de negócios.

¹¹⁷ MENEZES LEITÃO, Luís Manuel Teles de, *Direito das Obrigações – Introdução da constituição das obrigações*, Vol I, 4ª Edição, Lisboa, Almedina, 2005, pag. 463.

¹¹⁸ MENEZES LEITÃO, Luís Manuel Teles de, *Direito das Obrigações – Introdução da constituição das obrigações*, Vol I, 4ª Edição, Lisboa, Almedina, 2005, pag. 469.

Deste modo, embora a ratificação do negócio jurídico tenha sobretudo relevância perante terceiros¹¹⁹, pois é através deste acto que o *dominus negotii* assume na sua esfera jurídica os efeitos jurídicos dos actos praticados pelo gestor, sendo ineficaz o negócio jurídico celebrado pelo gestor não ratificado pelo *dominus*, uma vez que, deixa “ (...) de poder isoladamente considerar que em determinado acto o gestor actuou em desconformidade com a sua vontade (...) não podendo por esse motivo exigir-lhe responsabilidade”¹²⁰, não se deve desconsiderar que o instituto da gestão de negócios não regula as relações com terceiros, remetendo-se para as regras da representação sem poderes, mais concretamente para o disposto no artigo 268º do CC.

Assim, enquanto o negócio não for ratificado, tem o segurador a faculdade de o revogar ou rejeitar salvaguardando a sua posição, artigo 268º, nº 4 do CC.

No entanto, cremos que se deve ainda destacar que, no caso concreto, o segurador é efectivamente devedor das quantias exigidas, e como tal, está adstrito a satisfazer a sua obrigação e consequentemente satisfazer o crédito do credor que não poderá impedir ou rejeitar que o devedor se exonere cumprindo a sua prestação nos termos contratados.

Cremos que na hipótese de a tomadora não vir a ratificar este acto, não poderá, em todo o caso, contestar o pagamento das quantias devidas pelo segurador, sem que tal consubstancie um comportamento abusivo nos termos do artigo 334º do CC, dado que, tal como já devidamente comprovado pelo pai da tomadora, o pagamento, a ser efectuado, ocorrerá por transferência dos valores em dívida para uma conta titulada por aquela, consubstanciando tal situação nada mais que o cumprimento por parte do devedor da sua obrigação perante o credor.

Porém, da documentação apresentada pelo pai da tomadora, não é possível extrair se a conta a que se refere o NIB fornecido é uma conta exclusivamente titulada pela tomadora ou não.

Assim, o segurador só deverá aceitar proceder ao pagamento dos valores em dívida se for apresentada documentação que comprove que a conta é exclusivamente titulada pela tomadora ou se se vier a juntar uma sentença de interdição (artigo 138º e

¹¹⁹ Entenda-se, aqueles que ajustaram negócios jurídicos com o gestor, no caso o segurador.

¹²⁰ MENEZES LEITÃO, Luís Manuel Teles de, *Direito das Obrigações – Introdução da constituição das obrigações*, Vol I, 4ª Edição, Lisboa, Almedina, 2005, pag. 469.

ss. do CC) ou inabilitação (artigo 152º e ss. do CC) nomeando um tutor/curador pelo tribunal, que venha então solicitar o pagamento das quantias a que aqui nos referimos.

É, no entanto, importante que se retenha que este caso tem contornos muito particulares incidindo especificamente sobre uma efectiva e concreta obrigação do segurador a que tem de dar cumprimento e a uma situação de sujeição por parte do tomador à aceitação que o devedor cumpra e satisfaça o seu crédito.

Noutros casos, a solução mais prudente será exigir uma sentença que declare a interdição/inabilitação, consoante a incapacidade do tomador seja de governar a sua pessoa e os seus bens ou somente uma incapacidade de reger o seu património, e que nomeei um representante legal do tomador, um tutor (em caso de interdição), que assumirá os direitos e obrigações dos pais, dentro dos parâmetros definidos na lei e devendo exercer a tutela como um bom pai de família, ou um curador (em caso de inabilitação) que assistirá o inabilitado, na administração do seu património executando os actos de disposição de bens entre vivos e todos os que forem especificados na sentença.

Em suma, a lei não obsta a que o pai da tomadora, encontrando-se esta psiquicamente impossibilitada de o fazer venha, ao abrigo da figura jurídica da gestão de negócios, exigir o recebimento das quantias em causa, sem que esteja previamente autorizado a fazê-lo.

**

- viii) **Pedido de Parecer:** *Pretendia-se saber se a Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro também é aplicável a contratos de seguro de acidentes de trabalho por conta própria.*

Resposta:

A questão em apreço prende-se com a admissibilidade da aplicação da Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro a contratos de seguro de acidentes de trabalho por conta própria, isto é, se deve este diploma ser também aplicável a trabalhadores independentes ou tão-somente a trabalhadores por conta de outrem.

Efectivamente, uma leitura rápida do disposto no artigo 3º, nº1 da referida lei, sob a epígrafe de “*Trabalhador abrangido*”, poderia conduzir a algumas dúvidas quanto à sua aplicação a trabalhadores independentes, visto que, determina que o “*regime da presente lei abrange o trabalhador por conta de outrem de qualquer*

actividade, seja ou não explorada com fins lucrativos”, não referindo, desde logo, o trabalhador por conta própria.

Todavia, esta questão para ser respondida carece de uma análise e interpretação sistemática e, por isso, teremos que antes de mais atender ao disposto no artigo 4º, nº 2 da Lei nº 7/2009, de 12 de Fevereiro (lei que aprovou a revisão do CT) que determina que, “*O trabalhador que exerça actividade por conta própria deve efectuar um seguro que garanta o pagamento das prestações previstas nos artigos indicados no número anterior e respectiva legislação complementar*”, remetendo, assim, para o disposto nos artigos 283º e 284º do CT, bem como, para outra legislação complementar como é o caso do DL nº 159/99, de 11 de Maio e da Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro de que falaremos *infra*.

Dispõe o artigo 283º do CT, que o trabalhador e os seus familiares têm direito à reparação de danos emergentes de acidente de trabalho ou doença profissional, acrescentando o artigo 284º que a regulação desta matéria - reparação de acidentes de trabalho e doenças profissionais - encontra-se em legislação específica, não restando dúvidas quanto à remissão para a Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro.

Por seu turno, dispõe o artigo 184º da Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro que a regulamentação relativa ao regime do seguro obrigatório de acidentes de trabalho dos trabalhadores independentes consta de diploma próprio, designadamente do DL nº 159/99, de 11 de Maio que visa regulamentar o seguro obrigatório de acidentes de trabalho para os trabalhadores independentes, artigo 3.º da Lei nº 100/97, de 13 de Setembro.

Contudo, a Lei nº 100/97, de 13 de Setembro encontra-se já revogada e, nessa ordem, dispõe o artigo 181º da Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro que as remissões de normas contidas em diplomas legislativos para legislação revogada, consideram-se referentes às disposições correspondentes do CT e da presente lei (Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro).

Assim, o que se verifica é que para além da remissão do próprio CT para a Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro, o DL nº 159/99, de 11 de Maio referente ao seguro de acidentes de trabalho para trabalhadores independentes é balizado pela Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro.

Estamos já em posição de considerar que a aplicação da Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro aos contratos de seguro de acidentes de trabalho por conta própria, resulta de uma remissão impositiva do próprio CT.

Deve ainda considerar-se que tratando-se de um seguro obrigatório aquele a que aludimos, a sua regulamentação está sujeita ao disposto na Apólice Uniforme de Seguro de Acidentes de Trabalho para Trabalhadores Independentes, oriunda da Norma nº 14/99-R, de 16 de Dezembro, com as alterações introduzidas pelas Normas nºs 11/2000-R, de 13 de Novembro, 16/2000-R, de 21 de Dezembro, e 13/2005-R, de 18 de Novembro, do ISP.

Em suma, a aplicação da Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro aos contratos de seguro de acidentes de trabalho por conta própria resulta de uma remissão impositiva do próprio CT. Do disposto no artigo 4º da Lei nº 7/2009, de 12 de Fevereiro, bem como do disposto no artigo 184º da Lei nº 98/2009, de 04 de Fevereiro extrai-se a obrigação de os trabalhadores independentes terem um seguro de acidentes de trabalho para trabalhadores por conta própria, cujo âmbito de coberturas é determinado pela Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro.

4. A PENHORA NA ACTIVIDADE SEGURADORA

Creio ser importante deixar aqui enunciadas algumas das tarefas de Gestão Administrativa que desempenhei, esclarecendo em que medida estas encontraram pontos de conexão com as matérias leccionadas durante o primeiro ciclo de estudos jurídicos do ano curricular do Mestrado em Ciências Jurídicas e Empresariais.

**

Grande parte do trabalho desenvolvido em Gestão Administrativa está relacionado com notificações de penhoras ordenadas quer pelos tribunais, quer pelos serviços financeiros do Estado. Tratam-se de penhoras sobre créditos, sobre vencimentos e salários¹²¹, sobre pensões e outros valores e rendimentos.

Várias são as questões jurídicas que se levantam neste contexto, sobretudo, quanto à penhora de comissões de mediadores, de créditos provenientes de acidentes de trabalho e de produtos financeiros.

4.1. PENHORA DE COMISSÕES DE MEDIADORES

O caso da penhora de comissões de mediadores é bastante impactante porquanto alcança a globalidade desse valor, isto é, não raras vezes, a totalidade do valor das comissões recepcionadas pelos mediadores é penhorado, ficando estes privados de meios de subsistência, pelo facto de tais rendimentos não constituírem contrapartida de prestações de natureza estritamente laboral, não sendo, por esse motivo, qualificados como vencimentos ou salários.

O disposto no artigo 738º, nº 1 do CPC, limita em 1/3 o valor do salário do executado que pode ser penhorado, e isto assim é, por se considerar estar em causa “*interesses vitais do executado*”¹²², ou seja, está em causa a sua subsistência condigna, bem como, a do seu agregado familiar.

O anterior artigo 824º, nº 1 alínea a) CPC consagrava a impenhorabilidade parcial de “*prestações de natureza semelhante*” à dos vencimentos e salários, sendo de crer que, naquela expressão, se incluíam os rendimentos de “*causa pessoal*”, como os

¹²¹ Deve entender-se por vencimento a “retribuição pecuniária pelo exercício de cargo público, com valor fixado em lei”, por seu turno, deve entender-se por salário a contraprestação auferida pelo trabalhador paga directamente pelo empregador.

¹²² LEBRE DE FREITAS, José A *Acção Executiva – depois da reforma da reforma*, 5ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2009, pag.219.

decorrentes de trabalho, em sentido lato, sendo de acompanhar o entendimento de RUI PINTO, que designa como rendimentos de causa pessoal “(...) *os rendimentos do trabalho, lato sensu, seja por conta de outrem seja a título de prestação de serviços, como vencimentos, salários, avenças ou prestações de natureza semelhante*”.¹²³

Porém, e de forma a ultrapassar as dificuldades que a anterior redacção do artigo 824º impunha, o actual artigo 738º, nº 1 do CPC refere-se a prestações que “*asseguem a subsistência do executado*”.

Ora, a norma do CPC *supra* referida tem fundamento constitucional¹²⁴, nomeadamente, no princípio da dignidade da pessoa humana ou, nas palavras de PAULO OTERO, no princípio da dignidade humana, que “(...) *envolve uma exigência permanente de respeito e consideração por cada ser humano individualmente considerado, vinculando tudo e todos, em qualquer situação ou lugar: o ser humano nunca pode ser tratado com indignidade, tendo mesmo um direito a não sofrer indignidade ou quaisquer atentados à sua dignidade, existindo uma obrigação universal de respeito, de garantia e de protecção da dignidade humana*¹²⁵” e implicando ainda “(...) *que cada ser humano tenha meios materiais que lhe permitam possuir uma existência humana condigna*¹²⁶”.

O que se pretende evidenciar é que sempre se entendeu ser de salvaguarda um mínimo de subsistência do executado por motivos de humanidade, conforme foi já diversas vezes sufragado pela jurisprudência do Tribunal Constitucional - mesmo nas situações em que se revela patente o conflito entre o direito do credor e aquele direito à subsistência do executado, este último deve prevalecer.¹²⁷

Inclusivamente, em outros ordenamentos jurídicos, a tutela do direito à subsistência do executado não se basta com a consagração da impenhorabilidade parcial dos vencimentos e salários, alargando aquela previsão aos rendimentos provenientes do exercício de uma actividade profissional ou comercial exercida de forma autónoma. É

¹²³ PINTO, Rui, Penhora e «Alienação de Outros Direitos – Execução especializada sobre créditos e execução sobre direitos não creditícios na Reforma da Acção Executiva», in *THEMIS*, Ano IV, nº 7, 2003, pags. 133 e ss..

¹²⁴ Que resulta da conjugação dos artigos 1º, 59º, nº 2, alínea a) e 63º da Constituição da República Portuguesa.

¹²⁵ OTERO, Paulo, *Instituições Políticas e Constitucionais*, Vol. I, 1ª Edição, Lisboa, Almedina, 2007, pag.552.

¹²⁶ OTERO, Paulo, *Instituições Políticas e Constitucionais*, Vol. I, 1ª Edição, Lisboa, Almedina, 2007, pag.556.

¹²⁷ Acórdão do Tribunal Constitucional nº 349/91 – Processo 297/89, 2ª Secção.

nomeadamente o caso de Espanha, cuja “*Ley de Enjuiciamiento Civil*”¹²⁸ estabelece no nº 6 do seu artigo 607º, a impenhorabilidade parcial daqueles rendimentos, a cuja penhora são aplicáveis as regras dos números anteriores do mesmo artigo, respeitantes à impenhorabilidade parcial de vencimentos, salários e pensões.

Em suma, o limite disposto no artigo 738º, nº 1 do CPC não deixa agora grandes dúvidas quanto à sua aplicação às penhoras das comissões dos mediadores, nos casos em que o executado, embora trabalhando como prestador de serviços e não estando sujeito à subordinação e direcção jurídica de um empregador, obtém exclusivamente o seu rendimento do exercício da actividade de mediação de seguros não tendo qualquer outro meio de subsistência.

Por essa razão, devesse hoje com toda a clareza considerar que se encontra vedada aos serviços financeiros a possibilidade de penhorar as comissões dos mediadores de seguros pela totalidade do valor, o contrário, consubstanciará uma prática ilícita, geradora de responsabilidade civil.

**

4.2. PENHORA DE CRÉDITOS PROVENIENTES DE ACIDENTES DE TRABALHO

A penhora de créditos provenientes de acidentes de trabalho é também um tema polémico com o qual tive a oportunidade de contactar.

Nesta situação a questão prende-se também com a aplicação do artigo 738º, nº 1 do CPC.

De acordo com este artigo são impenhoráveis “*dois terços das prestações periódicas pagas a título de aposentação ou de outra qualquer regalia social, seguro, indemnização por acidente ou renda vitalícia, ou de quaisquer outras pensões de natureza semelhante*”. Sucede que, o artigo 78º da Lei nº 98/2009, de 4 de Setembro, que regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais, nos termos do artigo 284.º do Código do Trabalho, preceitua que “*Os créditos provenientes do direito à reparação estabelecida na presente lei são inalienáveis, impenhoráveis e irrenunciáveis e gozam das garantias consignadas no Código do Trabalho*”.

¹²⁸ Ley 1/2000, de 07 de Janeiro.

Dispondo, no entanto, o artigo 12º do DL nº 329-A/95, de 12/12 que “*Não são invocáveis em processo civil as disposições constantes de legislação especial que estabeleçam a impenhorabilidade absoluta de quaisquer rendimentos, independentemente do seu montante, em colisão com o disposto no artigo 824^{o129} do CPC*”.

Concluindo-se assim que, em processo civil, não podem ser penhorados 2/3 das pensões pagas por acidente de trabalho de acordo com o constante do artigo 738º, nº 1 do CPC.

Não desprezando o disposto no artigo 78º da Lei nº 98/2009, de 4 de Setembro cremos que a norma carece de ser interpretada *cum grano salis*, isto é, no contexto do complexo normativo com o qual a aplicação da norma contende.

Com efeito, convém antes de mais ter presente que a reparação resultante de acidentes de trabalho possui uma natureza híbrida, simultaneamente indemnizatória e alimentar, que se funda na situação de dependência económica do trabalhador da sua prestação de trabalho, a qual se encontra especialmente tutelada no nosso ordenamento jurídico sempre que é afectada pela ocorrência de um acidente.¹³⁰

Como resulta evidente, a norma *supra* citada é uma manifestação dessa tutela jurídica reforçada, todavia, cremos que, não deverá ser interpretada no sentido de estabelecer em termos absolutos a impenhorabilidade dos bens a que se refere.

Efectivamente, uma tal interpretação contenderia, desde logo, com o princípio estabelecido no artigo 62º da CRP, donde resulta que o direito do credor à satisfação do seu crédito é ainda uma manifestação do direito constitucionalmente garantido à propriedade privada, tal como é sublinhado pela Jurisprudência do Tribunal Constitucional vertida no Acórdão n.º 96/2004, de 11/02/2004, onde se pode ler que “*(..) o credor goza de um direito à satisfação do seu crédito, podendo chegar à realização executiva do crédito à custa do património do devedor, sendo tal direito, enquanto direito de conteúdo patrimonial, tutelado pelo artigo 62.º n.º 1, da Constituição (garantia da propriedade privada)*”.

¹²⁹ Redacção anterior à Lei n.º 41/2013, de 26 de Junho, porém esta não alterou, nesta parte, a redacção do anterior artigo 824º, nº 1 alínea b).

¹³⁰ MENEZES LEITÃO, Luís Manuel Teles de, «A Natureza Jurídica da Reparação de Acidentes de Trabalho e a Distinção entre as Responsabilidade Obrigacional e Delitual» *in Acidentes de Trabalho e Responsabilidade Civil*, Instituto do Direito do Trabalho, Estudos do Instituto de Direito do Trabalho, Coimbra, Almedina, 2000, pags. 537-579.

Acontece que, no pressuposto da vigência no ordenamento jurídico de normas como aquela que estamos a analisar, o legislador, por imperativo constitucional¹³¹ veio estabelecer no artigo 12º do DL nº 329-A/95 de 12 de Dezembro, que a impenhorabilidade não tem que valer em termos absolutos, isto é, “*Não são invocáveis em processo civil as disposições constantes de legislação especial que estabeleçam a impenhorabilidade absoluta de quaisquer rendimentos, independentemente do seu montante, em colisão com o disposto no artigo 824º do Código de Processo Civil*”.

Podemos assim concluir que, em processo civil, o que não pode ser penhorado são apenas 2/3 das pensões pagas por acidente de trabalho, de acordo com o constante do artigo 738º, nº 1 do CPC. O 1/3 remanescente será susceptível de penhora.

Este é, de resto, o entendimento firmemente seguido pela jurisprudência das relações, veja-se o Acórdão do Tribunal da Relação de Guimarães de 14 de Abril de 2004¹³² e Acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra de 24 de Janeiro de 2012.

**

4.3. PENHORA DE PLANOS POUPANÇA REFORMA (PPR/E)

Antes de mais, cumpre dizer que o “*plano de pensões consubstancia-se num conjunto de regras relativas às condições de acesso a um fundo de pensões, bem como aos resultados decorrentes da gestão desse fundo, ou seja, ao modo como se constitui o direito ao recebimento de uma pensão a título de reforma*”.¹³³

O diploma que actualmente regula os Planos Poupança Reforma (PPR) é o DL nº 158/2002, de 2 de Julho, que sucedeu ao DL nº 205/89, de 27 de Junho, que os havia instituído, diploma este que, por sua vez, fora desenvolvido pelo DL nº 145/90, de 7 de Maio.

Tal como sucede no âmbito de outros produtos financeiros, também os fundos e os planos de pensões podem ser classificados atendendo a um certo conjunto de critérios.

¹³¹ Tal como se pode ler no preâmbulo do DL nº 329-A/95 “(...) para além de se estabelecer que os regimes ora instituídos prevalecem sobre quaisquer disposições legais especiais que estabeleçam impenhorabilidades absolutas sem atender ao montante dos rendimentos percebidos, em flagrante violação do princípio constitucional da igualdade (cfr., nomeadamente, os acórdãos nºs 349/91 e 411/93 do Tribunal Constitucional, sobre a impenhorabilidade absoluta das pensões de segurança social, decorrente do artigo 45º, nº 4, da Lei nº 28/84, de 14 de Agosto) (...)”

¹³² Consultar em:

<http://www.dgsi.pt/jtrg.nsf/86c25a698e4e7cb7802579ec004d3832/7034132978686da980256e93005388d7?OpenDocument>

¹³³ QUELHAS, Ana Paula, *Seguro de Vida e Fundos de Pensões – Uma perspectiva financeira e actual*, Almedina, 2010, pag. 370.

De acordo com a legislação em vigor, e tendo essencialmente em atenção o tipo de veículo que se estabelece entre os vários aderentes, os fundos de pensões distinguem-se entre fundos fechado e abertos.

Os planos de pensões podem ser classificados, essencialmente, tendo em consideração dois critérios: i) quanto à forma de financiamento e ii) quanto ao tipo de garantias que lhe estão associadas.

No que se refere à forma de financiamento, os planos de pensões repartem-se entre planos contributivos, quando existem contribuições realizadas pelos participantes, e planos não contributivos, quando as contribuições ficam unicamente a cargo do associado.

Por sua vez, no que concerne com o tipo de garantias, os planos de pensões podem ser classificados como planos de contribuições definidas, planos de benefícios definidos, ou ainda, planos mistos.¹³⁴

Feitas as notas devidas, cumpre então dizer que, quando nos referimos a PPR/E estamos perante um contrato de seguro celebrado no âmbito de benefícios de poupança e reforma, ao abrigo do DL n.º 158/2002, de 2 de Julho, cujo valor associado, *a priori*, só poderá ser penhorado no momento e caso se efective o direito ao respectivo capital por parte do tomador do seguro¹³⁵/pessoa segura¹³⁶.

Se por um lado o reembolso (resgate) do capital por parte do tomador do seguro, de acordo com as condições gerais e especiais dos contratos, apenas pode ser solicitado, nos termos e nos casos previstos no referido DL e na Portaria n.º 1453/2002, por outro lado, no caso de morte da pessoa segura, o direito àquele capital constituir-se-á na esfera jurídica dos seus herdeiros legais/beneficiários, isto é, “ (...) *O reembolso é transmissível, por morte do participante, aos seus herdeiros. Daqui resulta que os certificados nominativos dos fundos são intransmissíveis por acto entre vivos (...) A razão de ser desta limitação prende-se com os benefícios fiscais que os planos de poupança reforma (ou poupança educação) atribuem aos respectivos participantes* ”.¹³⁷

¹³⁴ QUELHAS, Ana Paula, *Seguro de Vida e Fundos de Pensões – Uma perspectiva financeira e actual*, Almedina, 2010, pags. 374 e ss..

¹³⁵ É a contraparte no contrato de seguro, que poderá ser uma pessoa singular ou colectiva, que agindo em nome próprio, poderá fazê-lo por conta de outrem ou por conta própria, tal como disposto nos artigos 47.º e 48.º da LCS.

¹³⁶ Figura típica dos contratos de seguro de pessoas, sendo aquela cuja integridade física ou a vida se segura delimita o risco e a cobertura.

¹³⁷ Acórdão da Relação de Lisboa de 23 de Junho de 2005.

Explicitando, é reconhecido pelo próprio preâmbulo do DL n.º 158/2002, de 2 de Julho que o sucesso dos planos poupança-reforma, “*assenta nas condições equilibradas do seu regime, ou seja, na associação que se estabelece entre a atribuição de benefícios fiscais e as especiais restrições ao reembolso dos montantes investidos*”. Como contrapartida das vantagens fiscais, consagraram-se condições específicas de reembolso que impedem pedidos de devolução dos montantes resultantes das entregas efectuadas que não se baseiem nos fundamentos especiais legalmente previstos, propiciando-se assim a poupança de médio e longo prazo, constando esses fundamentos especiais do artigo 4.º, n.º 1.

“*Todavia, o n.º 5 desse art. 4.º permite, fora das situações previstas nos números anteriores, o reembolso do valor do PPR/E a qualquer tempo, nos termos contratualmente estabelecidos e com as consequências previstas nos n.ºs 4 e 5 do art. 21.º do Estatuto dos Benefícios Fiscais. Assim, a consequência ou sanção que deriva para os participantes do pedido de reembolso do valor do PPR, fora das condições definidas na lei, é unicamente a perda dos benefícios fiscais (...) Induz-se daqui a disponibilidade, a qualquer tempo, dos créditos correspondentes ao valor das unidades de participação. Aliás, o próprio preâmbulo estabelece, na alínea e), que em nenhum caso poderá ser recusado o reembolso, ainda que com perda de benefícios fiscais*”¹³⁸, devendo ainda atender-se que, os artigos 736º e 737º do CPC não estipulam a absoluta ou relativa impenhorabilidade dos créditos emergentes dos PPR/E.

Assim, o próprio facto de o reembolso poder ocorrer fora das situações previstas no artigo 4.º do referido DL, denota a existência de disponibilidade dos créditos correspondentes ao valor das unidades de participação e, por essa razão, “*não se vê assim qualquer motivo para sustentar a impenhorabilidade de tais créditos*”.¹³⁹

Em suma, é pacífico que o próprio PPR/E não pode, em si mesmo, ser penhorado, “*não podendo nunca ser objecto da venda judicial executiva*”, contudo, os créditos que integram a apólice do PRR/E são susceptíveis de ser penhorados, pois entender-se o contrário, seria admitir que estes “*serviriam como refúgio dos devedores a quem bastaria transferir os seus bens para um Plano Poupança para se verem a salvo das medidas*

¹³⁸ Acórdão da Relação do Porto de 20 de Dezembro de 2005.

¹³⁹ Acórdão da Relação de Lisboa de 23 de Junho de 2005.

*processuais coercivas com que os credores tentassem recuperar os respectivos créditos”.*¹⁴⁰

Chamamos, no entanto, a atenção para o seguinte, os créditos incorporados nos PPR não são nem se podem confundir com pensões de aposentação ou de reforma. Trata-se de créditos resultantes da capitalização de um investimento inicial e que não excluem – nem poderiam excluir – o recebimento de pensões de reforma pelos participantes e, por essa razão, não estão sujeitos ao limite máximo de limite máximo de 1/3 do artigo 738º, nº 3 do CPC, estando antes incluídos na previsão do artigo 774º do CPC.¹⁴¹

Não obstante o atrás expandido, na prática o que sucede é que a executante, na maioria dos casos o serviço nacional de finanças, exige o pagamento imediato do valor em dívida, não se predispondo a aguardar pelo vencimento da apólice do tomador/pessoa segura, que juridicamente seria o momento correcto para se executar a penhora.

Claro está, que esta situação deixa as seguradoras numa posição desconfortável perante os seus clientes, podendo inclusivamente potenciar uma perda da confiança daqueles nos seus serviços.

No entanto, face ao disposto no artigo 777º, nº 1, al. a) do CPC, não se encontram as seguradoras em posição de se opor ao cumprimento da ordem de penhora, sob pena de incorrerem na prática de um crime de desobediência¹⁴².

Caberá, então, ao executado opor-se à execução fiscal através da dedução de reclamação dos termos do artigo 276º do Código de Procedimento e de Processo Tributário, tal como esclarece o Acórdão do Tribunal Central Administrativo do Sul de 15 de Julho de 2009, “*no CPC (art. 863-A e 863-B) prevê-se a possibilidade do executado se opor à penhora em incidente deduzido na própria execução. E poderá também opor-se à penhora no âmbito do CPPT? A resposta só poderá ser positiva como resulta do disposto no art. 276 do CPPT onde se prevê a possibilidade de impugnação de quaisquer decisões do órgão da execução fiscal ou de outras autoridades da administração tributária que afectem os direitos ou interesses legítimos do executado (...)*”.

¹⁴⁰ Acórdão da Relação de Lisboa de 23 de Junho de 2005.

¹⁴¹ Acórdão da Relação do Porto de 20 de Dezembro de 2005.

¹⁴² Artigo 348º do Código Penal.

5. NOTAS FINAIS

É a primeira pergunta formulada, em qualquer Faculdade, a um aluno do primeiro ano da licenciatura do curso de Direito: “*O que é o Direito?*”. A pergunta é curta e objectiva, a resposta poderá ser longa e difícil porém, é pacífico que, conceptualmente, o Direito traduz-me num conjunto de normas, princípios e valores que regulam as relações entre os indivíduos, que procura traduzir aquele que é o interesse colectivo apresentando soluções para aqueles que são os conflitos gerados pela vivência em comunidade. Trata-se, no fundo, de um produto da própria convivência social.

Na sua essência, o Direito, é um conceito em constante mutação, uma vez que, consequente e enraizado na própria condição humana e comunitária, carece de acompanhar os tempos e as alterações sociais, mas sobretudo, é suposto providenciar aquelas que são as soluções mais ajustadas num determinado momento e face a uma realidade concreta e, para isso, não raras vezes é imperioso que se modifiquem as soluções que foram sempre tidas como as melhores, as mais justas, quando estas se mostram insuficientes para efectivar os direitos e deveres dos seus titulares.

É indubitável, que na tarefa de identificação da adequação de uma determinada solução jurídica a um problema concreto, os tribunais, enquanto aplicadores primários do Direito, desempenham um papel fundamental, pois da dificuldade que estes órgãos encontram em decidir uma causa pode evidenciar-se a existência de uma questão jurídica que clama por uma nova abordagem. A mesma evidência pode resultar da própria decisão dos tribunais, na medida em que, embora concordante com aquelas que são as normas em vigor, se apresenta já claramente desajustada àquela que é a realidade, ou melhor, já não se apresenta como uma solução na prática.

Ora, numa primeira abordagem, o que o presente trabalho pretendeu, foi precisamente, em relação a uma matéria específica, a responsabilidade civil médica, identificar aquelas que eram as principais dificuldades de decisão dos tribunais para determinar se se tratava de uma matéria de difícil decisão, tendo-se concluído que, de facto, a temática não é de trato simples e menos ainda de prova fácil.

Em segundo lugar, e uma vez que, aos destinatários do Direito não importa apenas verem os seus direitos reconhecidos se o seu exercício/efectivação na prática se encontra imensamente dificultado, procurou-se demonstrar que as decisões dos tribunais portugueses, nesta matéria, poucas vezes efectivam o direito do lesado à compensação

dos danos que sofreu na sequência de um acto médico, pois as especificidades da ciência médica dificultam, nesta matéria, as resposta da ciência jurídica.

Concluindo-se por uma necessidade de mudança de resposta, e sem se ignorar que as mudanças não ocorrem sem inconvenientes, procurámos, com base no paralelismo do problema, expor aquelas que são algumas das soluções encontradas por outros ordenamentos jurídicos que, em a dada altura, também reconheceram que o esquema de responsabilidade civil tradicional, no que concerne com a compensação dos danos provocados a um paciente, se encontrava desajustado e, portanto, deveria ser mudado.

É certo que a mudança deixa sempre patamares a uma nova mudança e, por isso, desejamos nunca ter passado a ideia de que as propostas de solução apresentadas são as ideais, pretende-se apenas que possam funcionar como uma base de construção das nossas próprias soluções.

Chegados a este ponto, é preciso confessar que, é sobretudo na sequência destas conclusões, que se espera que este relatório contribua para um incremento do conhecimento jurídico nesta matéria.

Por outro lado, com o presente trabalho tentou-se, para além de se enunciar as tarefas desenvolvidas durante o período de estágio, demonstrar como estas se relacionaram com várias das matérias leccionadas no primeiro ciclo de estudos jurídicos, bem como, com as leccionadas no ano curricular de Mestrado. Ao mesmo tempo, procurou-se reflectir a importância e a relação dessas tarefas com os objectivos gerais e particulares do estágio e elucidar, ainda que implicitamente, sobre o papel que este desempenhou na preparação para a vida profissional.

Numa nota final e pessoal, o estudo das matérias versadas no presente relatório, representou, inquestionavelmente, um incremento significativo nos meus conhecimentos jurídicos e na minha capacidade de *trabalhar o Direito*, sendo este, claramente, o trabalho mais significativo do meu percurso académico.

6. ÍNDICE DE JURISPRUDÊNCIA

Tribuna Constitucional

- Ac. TC, de 03 de Julho de 2001 Processo 297/89, 2ª Secção, (Conselheiro Alves Correia).

Supremo Tribunal de Justiça

- Ac. STJ de 19 de Junho de 2001, Processo: 01A1008, (Pinto Monteiro).
- Ac. STJ, de 13 de Março de 2007, Processo: 07A2334, (Alves Velho).
- Ac. STJ, de 27 de Novembro de 2007, Processo: 07A3426, (Rui Maurício).
- Ac. STJ, de 04 de Março de 2008, Processo: 08A183, (Fonseca Ramos).
- Ac. STJ, de 15 de Outubro de 2009, Processo: 08B1800, (Rodrigues dos Santos).
- Ac. STJ, de 18 de Março de 2010, Processo: 301/06.4TVPR.T.P1.S1, (Pires da Rosa).
- Ac. STJ, de 01 de Julho de 2010, Processo: 398/1999.E1.S1, (Serra Baptista).
- Ac. STJ, de 07 de Outubro de 2010, Processo: 1364/05.5TBBCL.G1, (Ferreira de Almeida).
- Ac. STJ, de 24 de Maio de 2011 Processo: 1347/04.2TBPNF.P1.S1, (Helder Roque).
- Ac. STJ, de 15 de Novembro de 2011, Processo: 209/06.3TVPR.T.P1.S1, (Gregório Silva Jesus).
- Ac. STJ, de 15 de Novembro de 2012, Processo: 117/2000.L1.S1, (Abrantes Geraldés).
- Ac. STJ, de 17 de Janeiro de 2013 Processo: 9434/06.6TBMTS.P1.S1, (Ana Paula Boularot).
- Ac. STJ, de 15 de Maio de 2013, Processo: 6297/06.5TVLSB.L1.S1, (Salazar Casanova).

Tribunal da Relação de Lisboa

- Ac. TRL, de 20 de Janeiro de 2004, Processo: 9316/2003-1, (André dos Santos).
- Ac. TRL, de 14 de Abril de 2005, Processo: 1851/2005-6, (Fátima Galante).
- Ac. TRL, de 19 de Abril de 2005 Processo: 10341/2004-7, (Pimentel Marcos).

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

- Ac. TRL, de 23 de Junho de 2005, Processo: 4218/2005-8, (António Valente).
- Ac. TRL, de 02 de Março de 2006, Processo: 653/2005-6, (Gil Roque).
- Ac. TRL, de 29 de Junho de 2006, Processo: 2270/2006-2, (Esaguy Martins).
- Ac. TRL, de 23 de Janeiro de 2007, Processo: 6307/2006-7, (Maria do Rosário Morgado).
- Ac. TRL, de 24 de Abril de 2007, Processo: 10328/2006-1, (Rui Vouga).
- Ac. TRL, de 22 de Maio de 2007, Processo: 4018/2006-1, (Isoleta Almeida e Costa).
- Ac. TRL, de 11 de Setembro de 2007, Processo: 1360/2007-7, (Rosa Ribeiro Coelho).
- Ac. TRL, de 08 de Janeiro de 2008, Processo: 7365/2007-7, (Ana Resende).
- Ac. TRL, de 09 de Março de 2010, Processo: 1384/08.8TVLSB.L1-7, (Maria do Rosário Morgado).
- Ac. TRL, de 07 de Abril de 2011, Processo: 5239/07.5TVLSB.L1-2, (Jorge Real).
- Ac. TRL, de 10 de Janeiro de 2012, Processo: 1585/06.3TCSNT.L1-1, (Rui Vouga).
- Ac. TRL, de 12 de Junho de 2012, Processo: 4497/07.0TVLSB.L1-7, (Roque Nogueira).
- Ac. TRL, de 13 de Dezembro de 2012, Processo: 2146/05.0TVLSB.L1-2, (Sérgio Alemida).
- Ac. TRL, de 19 de Maio de 2013, Processo: 2199/08.9TVLSB.L1-2, (Pedro Martins).

Tribunal da Relação do Porto

- Ac. TRP, de 17 de Novembro de 2005, Processo: 0534727, (Mário Fernandes).
- Ac. TRP, de 20 de Julho de 2006, Processo: 0633598, (Gonçalo Silvano).
- Ac. TRP, de 24 de Fevereiro de 2011, Processo: 674/2001.P1, (Filipe Caroço).
- Ac. TRP, de 16 de Novembro de 2011, Processo: 1347/04.2TBPNF.P1, (Anabela Dias da Silva).
- Ac. TRP, de 01 de Março de 2012, Processo: 9434/06.6TBMTS.P1, (Filipe Caroço).

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

- Ac. TRP, de 11 de Setembro de 2012, Processo: 2488/03.9TVPRT.P2, (Maria Cecília Agante).
- Ac. TRP, de 05 de Março de 2013, Processo: 3233/05.0TJPRT.P1, (Henrique Araújo).

Tribunal da Relação de Guimarães

- Ac. TRG, de 13 de Março de 2010, Processo: 1364/05.5TBBCL.G1, (Conceição Bucho).
- Ac. TRG, de 27 de Setembro de 2012, Processo: 330/09.6TBPTL.G1, (Rita Romeira).

Tribunal da Relação de Coimbra

- Ac. TRC, de 06 de Maio de 2008, Processo: 1594/04.7TBLRAC1, (Jaime Ferreira).
- Ac. TRC, de 24 de Janeiro de 2012, Processo: 159-I/1993.C1, (Falcão de Magalhães).

Tribunal da Relação de Évora

- Ac. TRE, de 19 de Abril de 2007, Processo: 652/06.8JAFAR.E1, (João Amaro).

Supremo Tribunal Administrativo

- Ac. STA, de 22 de Janeiro de 2004, Processo: 01665/02, (São Pedro).
- Ac. STA, de 20 de Abril de 2004, Processo: 0982/03, (Políbio Henriques).
- Ac. STA, de 14 de Abril de 2005, Processo: 0677/03, (Freitas Carvalho).
- Ac. STA, de 23 de Novembro de 2005, Processo: 0935/04, (Edmundo Moscoso).
- Ac. STA, de 29 de Novembro de 2005, Processo: 01230/03, (Pires Esteves).
- Ac. STA, de 22 de Fevereiro de 2006, Processo: 0985/04, (Adérito Santos).
- Ac. STA, de 15 de Julho de 2009, Processo: 03043/09, (Pereira Gameiro).
- Ac. STA, de 26 de Maio de 2010, Processo: 0793/09, (São Pedro).
- Ac. STA, de 09 de Junho de 2011, Processo: 0762/09, (Adérito Santos).
- Ac. STA, de 09 de Maio de 2012, Processo: 093/12, (Costa Reis).

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

- Ac. STA, de 24 de Maio de 2012, Processo: 0576/10, (Adérito Santos).
- Ac. STA, de 05 de Fevereiro de 2013, Processo: 0961/12, (Alberto Augusto Oliveira).
- Ac. STA, de 20 de Junho de 2013, Processo: 0445/13, (Alberto Augusto Oliveira).

Tribunal Central Administrativo do Sul

- Ac. TCAS, de 14 de Junho de 2009, Processo: 04724/09, (Teresa Sousa).
- Ac. TCAS, de 21 de Junho de 2012, Processo: 08532/12, (António Vasconcelos).
- Ac. TCAS, de 25 de Outubro de 2012, Processo: 09234/12, (Sofia David).

Tribunal Central Administrativo do Norte

- Ac. TCAN, de 17 de Janeiro de 2008, Processo: 00425/06.8BEBRG, (José Augusto Araújo Velosos).
- Ac. TCAN, de 22 de Junho de 2012, Processo: 01497/06.0BEPRT, (Maria do Céu Dias Rosa das Neves).
- Ac. TCAN, de 30 de Novembro de 2012, Processo: 01425/04.8BEBRG, (Rogério Paulo da Costa Martins).
- Ac. TCAN, de 25 de Janeiro de 2013, Processo: 00209/05.0BEBRG, (Antero Pires Salvador).
- Ac. TCAN, de 28 de Junho de 2013, Processo: 01897/04.0BEPRT, (Rogério Paulo da Costa Martins).

7. ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO

- CASCÃO, Rui, «Os sistemas escandinavos de seguro do paciente», in *Responsabilidade Civil dos Médicos – Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2008.
- COELHO, Nuno, «Responsabilidade Penal – Casuística» in *Curso Complementar de Direito da Saúde: responsabilidade civil, penal e profissional*, Lisboa, Centro de Estudos Judiciários, 2013.
- CORTEZ, Margarida, «Responsabilidade civil das instituições públicas de saúde» in *Responsabilidade Civil dos Médicos*, Coord. Guilherme de Oliveira, Coimbra, Coimbra Editora, 2005.
- FARREL, Anne-Maree [et alii], *No-fault compensation scheme for medical: A review*, Scottish Government Social Research, 2010.
- FÉRNANDEZ HIERRO, José Manuel, *Sistema de Responsabilidad Médica*, Tercera Edición, España, Granada, 2000.
- FERREIRA DE ALMEIDA, Carlos «Os contratos civis de prestação de serviços médicos» in *Direito da saúde e bioética*, Lisboa, AAFDUNL, 1996.
- GALVÃO TELES, Joana, «Deveres de Informação das Partes», in *Temas de Direito dos Seguros – A propósito da Nova Lei do Contrato de Seguro*, Coord. Margarida Lima Rego, Coimbra, Coimbra, Almedina, 2012.
- GONÇALVES, Carla, *Responsabilidade Civil dos Médicos: Um problema para além da culpa*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2005.
- GRACIA, Maria Olinda, *A Nova Disciplina do Arrendamento Urbano*, Coimbra, Coimbra Editora, 2006.
- ISP, «Veículos destinados ao uso profissional do garagista e defesa do segurador contra o risco moral por meio do exercício da liberdade contratual», in *Relatório de Regulação e Supervisão da conduta de Mercado*, Capítulo 2, Lisboa, 2009.
- LEBRE DE FREITAS, José, *A Acção Executiva – depois da reforma da reforma*, 5ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2009.
- LEBRE DE FREITAS, José, *A Acção Declarativa Comum – À Luz do Código Revisto (Reimpressão)*, Coimbra, Coimbra Editora, 2010.
- MELLO, Alberto de Sá e, *Elementos de Direito do Trabalho para as Empresas (Direito Individual)*, Lisboa, Almedina, 2006.

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

- MENEZES CORDEIRO, António, *Tratado de Direito Civil V – parte geral legitimidade, representação, prescrição, abuso do direito, colisão de direitos, tutela privada e provas*, Lisboa, Almedina, 2011.
- MENEZES LEITÃO, Luís Manuel Teles de, *Direito das Obrigações – Introdução da constituição das obrigações*, Vol I, 4ª Edição, Lisboa, Almedina, 2005.
- MENEZES LEITÃO, Luís Manuel Teles de, «A Natureza Jurídica da Reparação de Acidentes de Trabalho e a Distinção entre as Responsabilidade Obrigacional e Delitual», *in Acidentes de Trabalho e Responsabilidade Civil*, Instituto do Direito do Trabalho, Estudos do Instituto de Direito do Trabalho, Coimbra, Almedina, 2000.
- MONGE, Cláudia, «A responsabilidade dos estabelecimentos hospitalares integrados no Serviço Nacional de Saúde por atos de prestação de cuidados de saúde», *in Novos temas da responsabilidade civil extracontratual das entidades públicas*, Coord. Carla Amado Gomes e Miguel Assis Raimundo, Lisboa, Instituto de Ciências Jurídico-Políticas, 2012.
- NUNES, Lucília, «Responsabilidade Civil Médica» *in Curso Complementar de Direito da Saúde: responsabilidade civil, penal e profissional*, Lisboa, Centro de Estudos Judiciários, 2013.
- OLIVEIRA, Guilherme de, *Temas do Direito da medicina I*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005.
- OTERO, Paulo, *Instituições Políticas e Constitucionais*, Vol. I, 1ª Edição, Lisboa, Almedina, 2007.
- PINTO OLIVEIRA, Nuno Manuel, «Responsabilidade civil em instituições privadas de saúde» *in Centro de Direito Biomédico – Responsabilidade Civil dos Médicos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005.
- PINTO, Rui, *Penhora e Alienação de Outros Direitos – Execução especializada sobre créditos e execução sobre direitos não creditícios na Reforma da Acção Executiva*, *in THEMIS*, Ano IV, nº 7, 2003.
- QUELHAS, Ana Paula, *Seguro de Vida e Fundos de Pensões – Uma perspectiva financeira e actual*, Almedina, 2010.

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

- RAMALHO, Maria do Rosário Palma, *Direito do Trabalho, Parte II – Situações Laborais Individuais*, 3ª Edição, Lisboa, Almedina, 2010.
- REGO, Margarida Lima, «O Risco e as suas Vicissitudes», in *Temas de Direito dos Seguros – A propósito da Nova Lei do Contrato de Seguro*, Coord. Margarida Lima Rego, Coimbra, Coimbra, Almedina, 2012.
- SANTOS JÚNIOR, Eduardo dos, *Direito das Obrigações – Sinópsese explicativa e ilustrativa*, Lisboa, AAFDL, 2010.
- SEUBERT, David E. [et alii], «Is "no-fault" the cure for the medical liability crisis?», in *American Medical Association Journal of Ethics*, Volume 9, Number 4, 2007.
- SILVA MONTEIRO, Sónia Maria da, *Manuel de Contabilidade Financeira, VidaEconómica*, Porto, 2013.
- SOARES, Adriano Garção [et alii]., *Seguro Obrigatório de Responsabilidade Civil Automóvel, Direito Nacional, Direito da EU, O Sistema De Carta Verde*, 3ª Edição, Lisboa, Almedina, 2006.
- TEIXEIRA DE SOUSA, Miguel, *O Ónus da prova nas Acções de Responsabilidade Civil por Actos Médicos*, Lisboa, Almedina, 2ª Edição, 2007.
- TEIXEIRA DE SOUSA, Miguel, «Sobre o ónus da prova nas acções de responsabilidade civil médica» in *Direito da saúde e Bioética*, Lisboa, AAFDL, 1996.
- VASQUES, João, *Direito dos Seguros*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005.
- VAZ SERRA, Adriano, «Encargo da prova em matéria de impossibilidade ou de cumprimento imperfeito e da sua imputabilidade a uma das partes», in *Boletim do Ministério da Justiça*, nº47, 1955.

8. BASE DE DADOS

- DATAJURIS
- Base Jurídico-Documentais: IGFEJ – Instituto de Gestão Financeira e Equipamentos da Justiça I.P.

ANEXO I

COMENTÁRIO AO ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DE LISBOA PROC. Nº 10341/2004-7

Embora tradicionalmente, a doutrina fosse relutante em admitir a natureza contratual da responsabilidade médica, é hoje aceite em todos os ordenamentos jurídicos que a maior parte das situações de responsabilidade médica tem natureza contratual.

A responsabilidade médica é ainda uma questão complexa que admite variados cenários, em que as personagens principais serão o médico, o paciente e a Clínica onde aquele exerce a sua actividade, e o foco da cena estará nas relações estabelecidas entre aqueles.

É de grande pertinência as seguradoras compreenderem bem o enredo exposto, pois não raras vezes são “chamadas” a subir ao palco e a desempenharem o seu papel em substituição do médico ou da Clínica e, é nesta medida que o presente Acórdão se apresenta como relevante, pois afastando-se de uma certa tendência jurisprudencial que evita esclarecer a relação triangular estabelecida no caso concreto, aprecia não só essa relação como as consequências ao nível da responsabilidade civil que dela podem advir.

Creemos que mais importante que a decisão final, será a fundamentação e a exposição feita ao longo do Acórdão o que mais releva ao leitor, uma vez que não deixa de lado nenhuma das temáticas que consubstanciam a responsabilidade civil médica, nomeadamente, as obrigações assumidas pela Clínica junto do paciente, as obrigações assumidas pelo médico junto do paciente (de meios ou resultados), o fundamento da responsabilidade de cada um deles e a relação cumulativa entre a responsabilidade contratual e extracontratual.

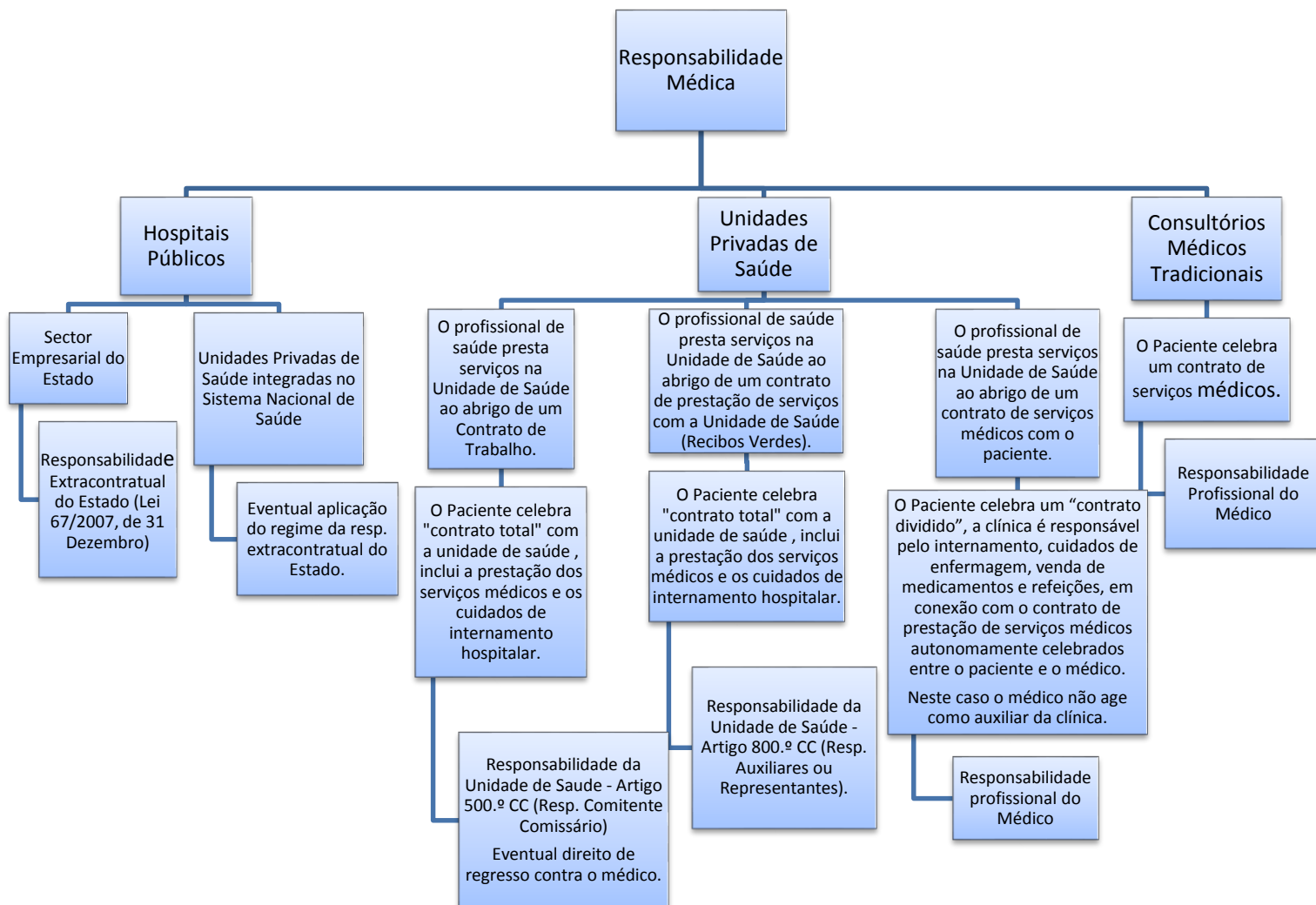
Este Acórdão em específico mostra especial interesse por se reconduzir a um caso muito concreto, em que o médico sendo “dono”/”sócio-gerente” da Clínica onde exerce a sua actividade, é simultaneamente “responsável pela Clínica” e é com ela solidariamente responsabilizado, decisão, que a nosso ver, se mostra bastante adequada ao caso, pois considerando-se que o contrato de prestação de serviços médicos foi celebrado pelo paciente com o médico e com a Clínica, a contestação é feita em conjunto, em nome de ambos os réus, e nenhuma questão se suscita relativamente à divisão de responsabilidades, alegando-se apenas que o médico não agiu com culpa e,

por isso, não deve ser responsabilizado, o mesmo sucedendo, e por esse facto, com a Clínica, concluiu acertadamente o Tribunal da Relação de Lisboa que se encontravam verificados todos os pressupostos da responsabilidade civil e que a responsabilidade do médico e da Clínica deveria ser solidária.

Deixa-se, no entanto, claro que não existe uma solução clara e objectiva para este tipo de situações, pois a responsabilidade do médico e/ou da Clínica variará consoante os contornos de cada caso em apreço, ora tenha-se como exemplo as seguintes situações: entre o médico e a Clínica poderá existir um contrato de trabalho, com direcção e subordinação jurídica, nesta hipótese a Clínica será objectivamente responsável pela actuação dolosa do médico, respondendo como comitente pela actuação do (s) seu (s) comissário (s), artigo 500º do CC; pode ainda estabelecer-se entre o médico e a Clínica um outro tipo de contrato, um contrato de prestação de serviços, neste caso a Clínica responderá nos termos do artigo 800º do CC, uma vez que, é responsável pelos actos daqueles a que recorre para cumprir as suas obrigações; mas, poderá o contrato de prestação de serviços entre o médico e a Clínica ser um “contrato dividido”, com um duplo sentido, através do qual a Clínica apenas se obriga a prestar as suas instalações e equipamentos, respondendo apenas nessa medida, para que o médico exerça a sua actividade, e sendo com este que o paciente celebra o *contrato médico* pelo qual o profissional de saúde se obriga a prestar-lhe os cuidados considerados úteis e necessários à sua eventual cura, responsabilizando-se por esse incumprimento.

É notório e recorrente em acções de responsabilidade civil médica ignorar-se algumas das questões supra referidas, porque determinar-se concretamente que relação se estabeleceu entre a Clínica e o médico, demonstrar-se que este incumpriu as *leges artis* e provar-se todos os pressupostos da responsabilidade civil não é tarefa fácil, no entanto, é importante para as seguradoras que antes de “subirem ao palco” compreendam bem todas as indicações cénicas por forma a que o espectáculo lhes seja o mais agradável possível.

ANEXO II



ANEXO III

I. OUTRAS DÚVIDAS NA ACTIVIDADE SEGURADORA

Laboral

- i) **Pedido Parecer:** *Pretendia-se saber com que entidade deve ser celebrado o contrato de trabalho de um indivíduo que efectua a sua prestação laboral num Estado e nas instalações de uma empresa (a que designaremos empresa H) diferente daquela para a qual direcciona/realiza essa mesma prestação (a que designaremos empresa Q).*

Resposta:

Contrato de Trabalho com Q:

Creemos que a situação juridicamente mais compatibilizada com a circunstância de um indivíduo efectuar a sua prestação laboral num Estado e nas instalações de uma empresa diferente daquela para a qual realiza essa mesma prestação, será a de ter um contrato de trabalho celebrado com a empresa para qual dirige a sua actividade laboral – *in casu*, a empresa Q – apresentando-se esta como entidade empregadora e consequentemente como detentora do poder directivo e disciplinar.

De acordo com as informações disponibilizadas, o que se pretende é que seja a Q a deter a faculdade de proceder à determinação da função do trabalhador e emitir ordens e instruções com vista ao cumprimento da actividade laboral e de outros deveres acessórios pelo trabalhador, e que seja esta entidade a estabelecer as regras de conduta do trabalhador na organização e aplicar sanções em caso de incumprimento dos comandos emitidos ao abrigo do poder de direcção. Assim sendo, deverá ser com esta entidade que o trabalhador celebra o contrato de trabalho ficando-lhe juridicamente subordinado.

Todavia, não se pode ignorar que este caso tem contornos específicos, e por isso, existem alguns aspectos particulares que devem ser tidos em consideração.

Em primeiro lugar, e nos termos do artigo 193º, nº 1 do CT, o trabalhador deve realizar a sua prestação de trabalho no local contratualmente definido¹⁴³. Daqui resulta que cabe às partes definir o local de trabalho, não descurando, no entanto, que este

¹⁴³Note-se que o local de trabalho apresenta grande relevância no contexto da relação laboral, a título de exemplo, a retribuição deve ser paga no local de trabalho (artigo 227º, nº 1 do Código de Trabalho), e considera-se acidente de trabalho os que ocorram no “local e tempo de trabalho (artigo 8º, nº 1 da Lei 98/2009 de 04 de Setembro).

elemento do contrato de trabalho assume especial relevância para o trabalhador, na medida em que é em função do local em que presta a sua actividade que este define aspectos importantes da sua vida (designadamente, o local de trabalho condiciona em grande parte o local da residência e da focalização da vida pessoal do trabalhador), devendo, por isso, ser concretizado de forma a não implicar para este um prejuízo sério e a corresponder a um interesse, igualmente sério, do empregador.

Para efeitos de interpretação do que se deve entender por prejuízo sério, dado o seu carácter indeterminado, “ (...) *a jurisprudência tem considerado que a mudança de local de trabalho apenas configura prejuízo sério quando acarrete desvantagens económicas ou pessoais para o trabalhador e não quando determine inconvenientes ou incomodidades de ordem subjectiva (...) a ideia geral subjacente aponta para uma modificação substancial da vida do trabalhador em razão da mudança do local de trabalho*”.¹⁴⁴

No caso, falando nós de um individuo de nacionalidade portuguesa e com residência habitual em Portugal, face ao *supra* referido, não se figura como prejuízo sério o desempenho das suas funções laborais nas instalações de uma empresa situado em território nacional. Da mesma forma, está concretizado interesse da entidade empregadora (Q) em designar as instalações da H como o local de trabalho deste trabalhador em particular, visto que, este representará a posição da sua entidade empregadora em Portugal num projecto que se encontra em desenvolvimento.

Um segundo aspecto relevante a ter em atenção é que nos contratos individuais de trabalho a lei aplicável ao mesmo pode ser determinada com base no princípio da liberdade de escolha, desde que o nível de protecção conferido ao trabalhador permaneça igual ao conferido pela lei aplicável na ausência de escolha. Neste último caso, a lei pela qual se rege o contrato será a lei do país onde presta habitualmente o seu trabalho em execução do contrato, artigo 8º, nº 1 e 2 do Regulamento nº 593/2008, de 17 de Junho de 2008 sobre a lei aplicável às obrigações contratuais¹⁴⁵.

Julgamos, por isso, que deverá ficar definido no contrato de trabalho celebrado entre o trabalhador e a Q que aquela relação laboral fica subordinada à lei portuguesa.

¹⁴⁴RAMALHO, Maria do Rosário Palma, *Direito do Trabalho, Parte II – Situações Laborais Individuais*, 3ª Edição, Lisboa, Almedina, 2010, pag.483.

¹⁴⁵Normalmente designado por Regulamento de Roma I.

Em terceiro lugar, será ainda pertinente que no referido contrato de trabalho fique evidente que o trabalhador terá que respeitar o Regulamento Interno Geral da H (relativo a condições de higiene, segurança, conservação do equipamento, etc.), pois desempenhando o trabalhador as suas funções nas instalações daquela empresa será natural que, embora não estando juridicamente subordinado a esta entidade, respeite as suas normas internas de funcionamento no edifício.

Contrato de Trabalho com a H:

É também possível equacionarmos a possibilidade de o contrato de trabalho não ser celebrado com a Q, mas antes directamente com a H inclusivamente, de acordo com artigo 12º, nº 1 e alínea a) do CT constitui presunção da existência de contrato de trabalho quando a pessoa presta a actividade em local pertencente ao seu beneficiário, nas palavras de MARIA PALMA RAMALHO *“O local de trabalho é indicativo da subordinação do trabalhador o facto de ele desenvolver a sua actividade em instalações predispostas pelo credor, ao passo que o desenvolvimento da actividade laborativa em instalações próprias denuncia uma certa autonomia do prestador, na medida em que, num local de trabalho fisicamente distante do empregador, é menos fácil o controlo directo do credor sobre a execução da prestação”*.¹⁴⁶

Assim, a celebrar-se o contrato de trabalho com a H, esta poderia posteriormente ceder temporariamente o seu trabalhador à Q, artigo 288º do CT.

*“A cedência ocasional é uma figura de mobilidade dos trabalhadores típica do contexto dos grupos de empresas ou no quadro de colaboração empresarial”*¹⁴⁷, esta figura permite a uma empresa *“(…) ceder a utilização de trabalhadores do seu quadro próprio a terceiros que sobre este exercem poderes de autoridade e direcção como se fora o seu empregador (que continua a ser o que originariamente o contratou, não obstante a cedência superviniente)”*.¹⁴⁸

Verificados que estariam os requisitos cumulativos de admissibilidade da cedência ocasional de trabalhador dispostos no artigo 289º do CT, tão-somente frisamos que a cedência de trabalhador tem o prazo máximo de um ano, mas sendo renovável por iguais períodos até ao limite máximo de cinco anos, concretizando este requisito *“(…) o*

¹⁴⁶ RAMALHO, Maria do Rosário Palma, *Direito do Trabalho, Parte II – Situações Laborais Individuais*, 3ª Edição, Lisboa, Almedina, 2010, pags.41 e 42.

¹⁴⁷ RAMALHO, Maria do Rosário Palma, *Direito do Trabalho, Parte II – Situações Laborais Individuais*, 3ª Edição, Lisboa, Almedina, 2010, pag.776.

¹⁴⁸ MELLO, Alberto de Sá e, *Elementos de Direito do Trabalho para as Empresas (Direito Individual)*, Lisboa, Almedina, 2006, pag.60.

*elemento essencial da transitoriedade implícito na noção geral de cedência, constante do artigo 288º do CT*¹⁴⁹, constituindo a violação desta disposição uma contra-ordenação grave que é punível nos termos do artigo 554º, nº3 do CT.

Em todo o caso, a violação dos requisitos substanciais (artigo 289º CT) e formais (artigo 290º CT) representará uma cedência ilícita que confere ao trabalhador o direito de “(...) não se conformar com a ordem de cedência, uma vez que este ofende uma sua garantia geral – art. 129º, nº 1 g) do CT. (...) Do mesmo modo, o trabalhador pode recusar uma cedência que conflitue com uma das suas outras garantias gerais (em especial, com as garantias inerentes à categoria, à função e ao local de trabalho) ”¹⁵⁰, porém, no caso concreto, nada leva a crer que este conflito insurja.¹⁵¹

Em suma, a situação juridicamente mais compatibilizada com a circunstância de um indivíduo efectuar a sua prestação laboral num Estado e nas instalações de uma empresa diferente daquela para a qual realiza essa mesma prestação, será a de ter um contrato de trabalho celebrado com a empresa para qual dirige a sua actividade laboral, *in casu*, a Q. É também possível equacionar a hipótese de o contrato de trabalho ser celebrado directamente com a H e ocorrer posteriormente uma cedência ocasional do trabalhador à Q. Porém, a cedência de trabalhador tem um limite máximo de duração de cinco anos, cuja violação faz incorrer o empregador numa contra-ordenação grave.

**

- ii) **Pedido de Parecer:** *Pretendia-se saber a que requisitos específicos obedece o destacamento de trabalhador estrangeiro para prestar serviços em território português, dentro do mesmo grupo de empresas.*

Resposta:

Antes de mais, esclareça-se que o destacamento de trabalhador estrangeiro em Portugal pressupõe que o trabalhador, contratado por um empregador estabelecido noutro Estado e enquanto durar o contrato de trabalho, preste a sua actividade em território português num estabelecimento do empregador, ou em execução de contrato

¹⁴⁹RAMALHO, Maria do Rosário Palma, *Direito do Trabalho, Parte II – Situações Laborais Individuais*, 3ª Edição, Lisboa, Almedina, 2010, pag.783.

¹⁵⁰ RAMALHO, Maria do Rosário Palma, *Direito do Trabalho, Parte II – Situações Laborais Individuais*, 3ª Edição, Lisboa, Almedina, 2010, pag.786.

¹⁵¹ A este propósito será ainda conveniente ler-se MELLO, Alberto de Sá e, *Elementos de Direito do Trabalho para as Empresas (Direito Individual)*, Lisboa, Almedina, 2006, pag.63., que reporta a cedência ilícita de trabalhador à falta de qualquer dos requisitos que a admitem ou a inexistência ou irregularidade do documento que a titule.

celebrado entre o empregador e o beneficiário da actividade, ainda que em regime de trabalho temporário, artigo 6º do CT.

Em Portugal é considerado trabalhador destacado, o trabalhador subordinado que se obriga, mediante retribuição, a prestar a sua actividade sob autoridade e direcção de uma empresa, no quadro de um serviço prestado temporariamente por essa empresa a outra empresa cujo local de trabalho seja sediado em território de outro país membro.¹⁵²

Visto de Estada Temporária no Âmbito da Transferência de Trabalhadores

Em casos de destacamento, a Lei nº 23/2007 de 4 de Julho, alterada e republicada pela Lei nº 29/2012 de 9 de Agosto, no seu artigo 55º prevê a possibilidade de concessão de um visto de estada temporária a cidadãos transferidos no contexto da prestação de serviços ou da realização de formação profissional em Portugal, desde que se verifiquem as seguintes condições:

- 1 - A transferência seja efectuada entre estabelecimentos da mesma empresa ou grupo de empresas, devendo o estabelecimento situado em Portugal prestar serviços equivalentes aos prestados pelo estabelecimento de onde é transferido o cidadão estrangeiro;
- 2 - A transferência se refira a sócio ou trabalhador subordinado, há pelo menos um ano, no estabelecimento situado no país do qual é transferido, e o sócio ou trabalhador subordinado se inclua numa das seguintes categorias:
 - a) Possua poderes de direcção e trabalhe como quadro superior da empresa e faça, essencialmente, a gestão de um estabelecimento ou departamento, recebendo orientações gerais do conselho de administração;
 - b) Possua conhecimentos técnicos específicos essenciais à actividade, ao equipamento de investigação, às técnicas ou à gestão da empresa;
 - c) Deva receber formação profissional no estabelecimento situado em Portugal.

O visto de estada temporária deverá ser solicitado junto do Consulado português do país no qual o trabalhador tem a sua residência habitual.

O visto de estada temporária é válido inicialmente por três meses e para múltiplas entradas em território nacional, podendo ser renovado por novos períodos de 1 ano, até

¹⁵²Autoridade para as Condições do Trabalho em
<http://www.act.gov.pt/%28PTPT%29/CENTROINFORMACAO/DESTACAMENTOTRABALHADORES/Paginas/default.aspx>

ao máximo de 2 anos. Esgotado o período máximo, o cidadão deverá regressar ao seu país de origem.

É, no entanto, importante reter que podem existir especificidade em cada Estado relativamente à atribuição do visto temporário, por essa razão, é aconselhável um contacto prévio com o Consulado português do país do qual o trabalhador vem destacado para se perceber se existe ou não algum procedimento adicional a ser cumprido.

Documentos Necessários:

Com base nos artigos 44º, 45º e o nº 2 do artigo 49º do Decreto-Regulamentar nº 2/2013, de 05 de Novembro, os pedidos de visto temporário são instruídos com os seguintes meios probatórios:

- a) Passaporte ou outro documento de viagem válido;
- b) Comprovativo dos meios de subsistência, atenta a natureza do tipo de prorrogação solicitada;
- c) Comprovativo de que dispõe de alojamento;
- d) Requerimento para consulta do registo criminal português pelo SEF, sempre que a estada requerida seja superior a 90 dias;
- e) Título de transporte que assegure o regresso, salvo nas situações previstas nas alíneas a) e g) do n.º 1 do artigo 54.º da Lei nº 23/2007, de 4 de Julho, ou sempre que a estadia requerida exceda 90 dias;

Caso se queira realizar um pedido de prorrogação de permanência apresentado por titular de visto de estada temporária emitido para exercício de actividade profissional deve ser acompanhado de:

- a) Contrato de trabalho ou declaração da entidade empregadora confirmando a manutenção da relação laboral; ou
- b) Contrato de sociedade ou de prestação de serviços para o exercício de profissão liberal;
- c) Seguro de saúde ou comprovativo de que se encontra abrangido pelo Serviço Nacional de Saúde;
- d) Informação necessária para verificação da inscrição na administração fiscal e da regularidade da situação contributiva na segurança social, obtida nos termos do nº 9 do artigo 212º da Lei nº 23/2007, de 4 de Julho.

Destacamento de Trabalhadores Estrangeiros Para Portugal

Para efeitos do disposto no artigo 7º, nº 1 do CT sob a epígrafe “*Condições de trabalho de trabalhador destacado*”, haverá uma situação de destacamento de trabalhadores para prestar trabalho em território português quando o trabalhador, contratado por um empregador estabelecido noutro Estado, desloca-se para Portugal a fim de prestar trabalho num estabelecimento da mesma empresa, ou outra empresa com a qual exista uma relação societária de participações recíprocas, de domínio ou de grupo.

No que respeita às condições de trabalho do trabalhador destacado, e sem prejuízo de regimes mais favoráveis constantes da lei aplicável à relação laboral ou previstos no contrato de trabalho, os trabalhadores destacados para prestar trabalho em território português têm direito às condições de trabalho previstas no CT ou em regulamentação colectiva de trabalho de eficácia geral vigente em território nacional respeitantes a:

- a) Segurança no emprego;
- b) Duração máxima do tempo de trabalho;
- c) Períodos mínimos de descanso;
- d) Férias retribuídas;
- e) Retribuição mínima e pagamento de trabalho suplementar;
- f) Cedência de trabalhadores por parte de empresas de trabalho temporário;
- g) Cedência ocasional de trabalhadores;
- h) Segurança e saúde no trabalho;
- i) Protecção da parentalidade;
- j) Protecção do trabalho de menores;
- k) Igualdade de tratamento e não discriminação.

Embora o trabalhador continue sujeito à lei do país de origem, as partes estão sujeitas aos principais aspectos da legislação nacional durante o destacamento para território português. Nestes termos, durante o período do destacamento, um trabalhador contratado por uma empresa de outro país não pode ser despedido sem justa causa, ainda que isso seja admissível ao abrigo da lei aplicável ao contrato de trabalho.

Em suma, o destacamento de trabalhador estrangeiro para prestar serviços em território português obedece a requisitos específicos, enunciados *supra*, embora possam

existir especificidades em cada Estado relativamente à atribuição do visto temporário, por essa razão, é aconselhável um contacto prévio com o Consulado português do país do qual o trabalhador vem destacado para se perceber se existe ou não algum procedimento adicional a ser cumprido.

**

Arrendamento

iii) **Pedido de parecer:** *Pretendia-se saber em que condições se opera a rescisão pelo arrendatário de um contrato de arrendamento celebrado em 01 de Junho de 1976.*

Resposta:

De acordo com o disposto no artigo 1098, n.º 1 alínea c) do CC, cuja redacção foi alterada pela Lei n.º 31/2012 de 14 de Agosto que procedeu à revisão do regime jurídico do arrendamento urbano, alterando o CC e o NRAU decorrido um terço do prazo de duração inicial do contrato ou da sua renovação, o arrendatário pode denunciá-lo a todo o tempo, mediante comunicação ao senhorio com a antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do termo pretendido do contrato, se o prazo deste for inferior a um ano.

Uma vez que, o contrato de arrendamento em questão foi celebrado pelo prazo de seis meses, renovando-se automaticamente por iguais e sucessivos períodos de tempo, o término da presente renovação ocorreria a 30 de Abril de 2014, aquando da comunicação da denúncia, a 30 de Dezembro de 2013, já havia sido cumprido um terço do prazo (dois meses) do contrato, podendo assim o arrendatário impedir a renovação automática do contrato mediante comunicação ao senhorio com uma antecedência mínima de 60 dias.

De acordo com o n.º 5 do citado artigo a denúncia produz efeitos no final de um mês do calendário gregoriano a contar da comunicação, isto é, produzirá efeitos a 28 de Fevereiro de 2014, devendo, naturalmente, até esta data serem liquidadas as rendas devidas.

Todavia, tem existido alguma jurisprudência¹⁵³ e doutrina¹⁵⁴ que defende que, atendendo à data da celebração do contrato, 01 de Junho de 1976, o mesmo encontrava-

¹⁵³Acórdão da Relação do Porto de 05 de Março de 2012 e Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa de 19 de Fevereiro de 2013.

se sujeito ao regime de arrendamento vinculístico – contratos que, apesar de renováveis por períodos de um ano por imposição legal, não podem ser denunciados pelo senhorio aquando de cada renovação – o que actualmente é equiparado ao que a lei designa de contratos por tempo indeterminado (artigo 26º, nº 4 do NRAU).

De acordo com o regime-regra expresso no NRAU - os contratos de arrendamento antigos só podem cessar por denúncia (do arrendatário - artigo. 1100º do CC, NRAU - ou do senhorio - artigos. 1101º ss. do CC, NRAU) e deixaram de poder extinguir-se por oposição à renovação (que, recorde-se, só o inquilino o podia fazer).

Assim sendo, e de acordo com o disposto no artigo 1101º, alínea c) do CC, o senhorio só poderá denunciar o contrato mediante pré-aviso não inferior a dois anos sobre a data em que pretenda a cessação, e aplicando-se o mesmo racional ao arrendatário, este só poderá denunciar o contrato com um pré-aviso de 120 (cento e vinte) dias do termo pretendido se, à data da comunicação, o contrato tiver um ano ou mais de duração efectiva ou 60 dias se até à data da comunicação este tiver até um ano de duração efectiva.

Nesta lógica, relacionando com o caso concreto, o arrendatário só poderia denunciar o contrato mediante um pré-aviso de 120 dias do termo pretendido.

Porém, salientamos que este é apenas o entendimento doutrinal e jurisprudencial sobre esta matéria, podendo, na prática, comportar algumas fragilidades a adopção desta posição, uma vez que, tendo sido estipulado um prazo de duração efectiva do contrato, será sempre possível ao arrendatário vir demonstrar que a vontade das partes foi celebrar o contrato com prazo certo e não por tempo indeterminado, não sendo assim aplicável o que *supra* se referiu.

Em suma, nos termos do NRAU, decorrido um terço do prazo de duração inicial do contrato ou da sua renovação, o arrendatário pode denunciá-lo a todo o tempo, mediante comunicação ao senhorio com a antecedência mínima de 60 dias do termo pretendido do contrato, se o prazo deste for inferior a um ano. O contrato de arrendamento em questão foi celebrado pelo prazo de seis meses, renovando-se automaticamente por iguais e sucessivos períodos de tempo, tendo a presente renovação término a 30 de Abril de 2014. Aquando da comunicação da denúncia, a 30 de Dezembro de 2013, um terço do prazo do contrato já havia sido cumprido (dois meses),

¹⁵⁴GRACIA, Maria Olinda, *A Nova Disciplina do Arrendamento Urbano*, Coimbra, Coimbra Editora, 2006, pág. 49 e 50.

podendo assim o arrendatário impedir a renovação automática do contrato mediante comunicação ao senhorio com uma antecedência mínima de 60 dias.

Todavia, existe jurisprudência e doutrina que têm defendido que à data da celebração do contrato, isto é, 01 de Janeiro de 1976, o mesmo encontrava-se sujeito ao regime de arrendamento vinculístico, só podendo ser denunciado pelo arrendatário com um pré-aviso de 120 dias do termo pretendido.

Na prática, a adopção jurisprudencial *supra* referida pode comportar algumas fragilidades, uma vez que, tendo sido estipulado um prazo de duração efectiva do contrato, será sempre possível o arrendatário vir demonstrar que este foi celebrado com prazo certo e não por tempo indeterminado.

ÍNDICE

<u>I.</u>	<u>INDICAÇÕES DE LEITURA</u>	4
	i) Modo de Citação	4
	ii) Número de Caracteres	5
	iii) Acordo Ortográfico	5
<u>II.</u>	<u>LISTA DE ABREVIATURAS</u>	6
<u>III.</u>	<u>SUMÁRIO ANALÍTICO</u>	7
<u>1.</u>	<u>NOTAS INTRODUTÓRIAS</u>	8
<u>2.</u>	<u>RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA</u>	11
	2.1.1. Contextualização	10
	2.1.2. Autonomia ou Unidade da Responsabilidade Civil Médica	12
	2.1.3. Pressupostos da Responsabilidade Civil	16
	2.1.4. <i>Leges Artis</i>	19
	2.1.5. Consentimento e o Dever de Esclarecimento	20
	2.1.6. Obrigação de Meios ou de Resultado	23
	2.1.7. Presunção de Culpa - Artigo 799º do CC	28
	2.1.8. Prestação de Cuidados Médicos em Unidades Particulares de Saúde	33
	2.1.9. Prestação de Cuidados Médicos em Instituições Públicas de Saúde	37
	2.1.10. Responsabilidade dos Médicos por actos dos seus Auxiliares	43
	2.1.11. Responsabilidade Objectiva (Nota Adicional)	45
	2.1.12. Responsabilidade Penal (Nota Adicional)	47
	2.1.13. <i>Hypothesis Solutionem</i>	48
<u>3.</u>	<u>ASSESSORIA JURÍDICA</u>	61
I.	<u>Dúvidas da actividade seguradora</u>	61
<u>4.</u>	<u>A PENHORA NA ACTIVIDADE SEGURADORA</u>	80
7.1.	<u>Penhora de comissões de mediadores</u>	80
7.2.	<u>Penhora de créditos provenientes de acidentes de trabalho</u>	82
7.3.	<u>Penhora de Planos Poupança Refora (PPR/E)</u>	84
<u>5.</u>	<u>NOTAS FINAIS</u>	88
<u>6.</u>	<u>ÍNDICE DE JURISPRUDÊNCIA</u>	90

19 de Agosto de 2013 a 15 de Janeiro de 2014

<u>7.</u>	<u>ÍNDICE DE BIBLIOGRÁFICO</u>	94
<u>8.</u>	<u>BASE DE DADOS</u>	97
<u>ANEXO I</u>		98
<u>ANEXO II</u>		100
<u>ANEXO III</u>		101