



ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
GAB. DES. JOSÉ AURÉLIO DA CRUZ

**APELAÇÃO CÍVEL Nº 0036678-51.2011.815.2001**

**RELATOR:** Des. José Aurélio da Cruz

**APELANTE:** Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico

**ADVOGADO:** Hermano Gadelha de Sá

**APELADO:** Azemar dos Santos Soares Júnior e outros

**ADVOGADO:** João Ágrima de Menezes Chaves

## ACÓRDÃO

**DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO INDENIZATÓRIA - PLANO DE SAÚDE – FALECIDA PROMOVENTE PORTADORA DE NEOPLASIA CEREBRAL - DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES - NEGATIVA DE COBERTURA – DANOS MATERIAIS E MORAIS – PROCEDÊNCIA PARCIAL DO PEDIDO - **APELAÇÃO CÍVEL** - PERÍODO DE CARÊNCIA – SITUAÇÃO EMERGENCIAL CARACTERIZADA - RECUSA INDEVIDA – LIMITAÇÃO TEMPORAL DE COBERTURA PARA CASOS DE EMERGÊNCIA – APLICAÇÃO DA SÚMULA Nº 302, DO STJ - CLÁUSULAS ABUSIVAS – DANOS MATERIAIS E MORAIS CONFIGURADOS – PEDIDO DE REDUÇÃO DO *QUANTUM* INDENIZATÓRIO DO DANO EXTRAPATRIMONIAL – VALOR RAZOÁVEL - **DESPROVIMENTO DO APELO.****

- Em contratos de plano de saúde, a cláusula que prevê prazo de carência de 180 dias é abusivo nos casos de atendimento em caráter emergencial que há risco de vida, diante do artigo [12](#), inciso [V](#), alínea 'c' da Lei [9.656/98](#), pois restringe direitos inerentes à natureza do contrato, impossibilitando a realização plena do seu objeto e frustrando as legítimas expectativas do consumidor quando contrata um plano de saúde.

- Súmula 302, do STJ - É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado.

- Nesse cenário, comprovada a recusa injustificada no atendimento por parte do plano de saúde, resta configurado o dano moral, cuja quantia fixada pelo Juízo *a quo*, guardou a devida razoabilidade, não merecendo retoque.

**VISTOS**, relatados e discutidos os presentes autos.

**ACORDAM** os integrantes da Terceira Câmara Cível deste Egrégio Tribunal de Justiça, por unanimidade de votos, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do relator e da certidão de fl. 230.

### **RELATÓRIO**

Maria de Fátima do Nascimento Santos e Azemar dos Santos Soares Júnior ajuizaram, em face da Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico, ação indenizatória, alegando que a primeira autora é vinculada a plano de saúde desde 26/10/2010.

Afirmam que, aproximadamente após dois meses a adesão ao plano, a primeira promovente foi diagnosticada com câncer no cérebro, razão pela qual houve a indicação, em caráter de emergência, de um procedimento cirúrgico para a retirada do tumor, o qual foi negado, sob o argumento de que ainda fluía o período de carência.

Asseveram que, em razão disso, tiveram que custear todos os valores oriundos da cirurgia, tendo o segundo autor (filho da primeira promovente) tido que adquirir um empréstimo para tanto.

Por esse motivo, requereram o pagamento de danos materiais, no valor de R\$ 6.476,00 (seis mil quatrocentos e setenta e seis reais), e danos materiais, a serem arbitrados pelo Juízo.

Citada, a promovida apresentou contestação, suscitando, preliminarmente, a ilegitimidade ativa do segundo autor. No mérito, relata: a ausência de negativa de cobertura; a existência da carência; impossibilidade de caracterização da hipótese vertente em caso de emergência; a limitação de 12 (doze) horas de cobertura para tal situação; e a não configuração dos danos morais e materiais.

Durante o trâmite processual, a primeira autora faleceu, razão pela qual os demais herdeiros foram habilitados aos autos.

Após, foi prolatada sentença, que julgou parcialmente procedente o pedido, condenando a promovida a pagar o valor descrito na exordial a título de danos materiais (R\$ 6.476,00) e a quantia de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), a título de danos morais.

Irresignada, a Unimed manjou recurso apelatório, repisando: a legalidade da carência; a ausência de solicitação para a cobertura; a limitação

da cobertura de 12 (doze) horas para urgências e emergências; e a inexistência dos danos morais.

Intimados, os apelados apresentaram contrarrazões, rechaçando a tese recursal e pugnando pela manutenção do *decisum*.

O Ministério Público opinou pelo desprovimento do recurso.

**É o relatório.**

**VOTO**

*In casu*, a falecida promovente se vinculou a plano de saúde em 26/10/2010 (fls. 25/26). Todavia, em 18/12/2010, veio a ser diagnosticada com neoplasia maligna dos nervos cranianos, razão pela qual teve que se submeter a exames e procedimento cirúrgico para a retirada do tumor.

Segundo alegam os autores, tais diligências médicas tiveram que ser por eles custeadas, já que a promovida, ora recorrente, negou cobertura em razão da ausência do transcurso do prazo de carência.

Tanto na contestação como no presente apelo, alega a Unimed que não consta nos autos a citada negativa. Entretanto, um dos exames, repito, custeados pelos autores, foi realizado no próprio nosocômio pertencente à operadora insurgente (fl. 54), o que me faz concluir que, de fato, a mesma não autorizou o procedimento naquele período.

Aliás, é imperioso destacar que a própria tese de defesa empregada pela apelante corrobora a negativa de cobertura, vez que sua principal argumentação restringe-se justamente à exigência da observação da carência semestral em situações como a presente.

Sobre esse tema, cabe destacar o estabelecido no art. 35-C, inciso I, da Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde:

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Na hipótese vertente, não restam dúvidas da extrema e inegável situação de emergência que figurava o estado de saúde da falecida autora, tanto que a causa de sua morte, mesmo depois da cirurgia, foi justamente a neoplasia cerebral, assim como demonstra a certidão de óbito de fl. 144.

Assim, embora ainda vigente o prazo de carência de 180 dias, previsto no artigo 12, inciso V, alínea b, da Lei nº 9.656/1998, deve ser aplicado ao caso o prazo de carência contratual para as situações emergenciais (24 horas), com amparo na alínea "c" do mesmo dispositivo legal. Confira-se a redação:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo,

respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

[...].

**V - quando fixar períodos de carência:**

- a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
- c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência (Grifo nosso)**

[...].

Restando, portanto, configurada a situação de emergência, com risco de vida, é imperioso reconhecer abusiva a conduta da apelante ao recusar o custeio do procedimento necessário à cura da grave enfermidade que acometia o *de cujus*, motivo pelo qual deve ser mantida a condenação ao pagamento dos danos materiais. Nesse sentido, destaco:

[...]. O Superior Tribunal de Justiça orienta que é abusiva a cláusula contratual que estabelece o prazo de carência para situações de emergência, em que a vida do segurado encontra-se em risco, pois o valor da vida humana se sobrepõe a qualquer outro interesse. [...]. (AgRg no AREsp 595.365/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 04/12/2014, DJe 16/12/2014)

[...]. A interpretação de cláusula de carência estabelecida em contrato de plano de saúde deve, em circunstâncias excepcionais, como a necessidade de tratamento de urgência decorrente de doença grave, ser ponderada a fim de assegurar o eficiente amparo à vida e à saúde [...]. (AgRg no AREsp 439.719/SP, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 23/10/2014, DJe 04/11/2014)

[...]. O Superior Tribunal de Justiça orienta que é abusiva a cláusula contratual que estabelece o prazo de carência para situações de emergência, em que a vida do segurado ou do nascituro encontram-se em risco, pois o valor da vida humana se sobrepõe a qualquer outro interesse. [...]. (AgRg no AREsp 570.044/PE, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 02/10/2014, DJe 20/10/2014)

Os aludidos precedentes são unânimes em reconhecer a ilicitude da cláusula contratual limitativa de atendimento nos casos de emergência, pois restringe os direitos inerentes à natureza do contrato, impossibilitando a realização plena do seu objeto e frustrando as legítimas expectativas do consumidor.

É exatamente por esse motivo que a restrição de 12 (doze) horas para cobertura emergencial também se mostra plenamente eivada de abusividade, devendo ser aplicado à hipótese o teor da súmula nº 302, do STJ, que está assim transcrita:

Súmula 302, do STJ - É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado.

Quanto aos danos morais, entendo que qualquer limitação injustificada à prestação eficaz do serviço médico-hospitalar emergencial viola o direito à vida e à saúde, bem como o princípio da dignidade da pessoa humana, configurando, portanto, o dano extrapatrimonial *in re ipsa*. Corroborando esse fundamento, colaciono:

APELAÇÃO. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE EXAMES. RESTRIÇÃO CONTRATUAL. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CONFIGURADOS. CARÊNCIA AFASTADA. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULAS. INFRAÇÃO AO CDC. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DOS DIREITOS À SAÚDE E À VIDA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. JURISPRUDÊNCIA DOMINANTE DO STJ E DO TJPB. ARTIGO 557, CAPUT, DO CPC. MANUTENÇÃO DO DECISUM. SEGUIMENTO NEGADO AO RECURSO. - \_É cediço que o Superior Tribunal de Justiça já decidiu que o período de carência contratualmente determinado pelos planos de saúde, não prevalece diante de situações emergenciais graves - As cláusulas restritivas que impeçam o restabelecimento da saúde em virtude de doença sofrida atentam contra a expectativa legítima do consumidor quanto ao plano de saúde contratado, o que deve ser percebido e sanado pelo Judiciário. - Nos termos da Jurisprudência dominante do STJ, "Somente o fato de recusar indevidamente a cobertura pleiteada, em momento tão difícil para a segurada, já justifica o valor arbitrado, presentes a aflição e o sofrimento psicológico" (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00060053620088150011, - Não possui -, Relator DES JOAO ALVES DA SILVA , j. em 02-10-2014)

CONSTITUCIONAL E CONSUMIDOR - Apelação Cível - Ação ordinária de indenização por danos materiais e morais - Plano de saúde - Acidente de moto - Realização de exames - Necessidade de internação em hospital - Negativa de cobertura - Carência - Urgência e emergência caracterizada - Abusividade - Interpretação favorável ao consumidor - Dano material - Comprovação - Dano moral - Inexistência de mero aborrecimento Configuração - "Quantum" indenizatório - Pleito de minoração - Possibilidade- Princípios da razoabilidade e proporcionalidade - Provimento parcial. As cláusulas limitadoras de direitos deve ser interpretadas favoravelmente ao segurado. Intelecção do art. 47, do Código de Defesa do Consumidor. É cediço que o Superior Tribunal de Justiça já decidiu que o período de carência contratualmente determinado pelos planos de saúde, não prevalece diante de situações emergenciais graves. O dano moral se configura pela dor, sofrimento, angústia, humilhação experimentados pela vítima, por conseguinte, seria absurdo, até mesmo, impossível que se exigisse do lesado a prova do seu sofrimento. Desse modo, restado provado nos autos o evento danoso, estará

demonstrado o dano moral, uma vez que este ocorre "in re ipsa", ou seja, decorre do próprio fato ilícito. [...]. (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00340040820088152001, 2ª Câmara cível, Relator Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos , j. em 27-05-2014)

Por fim, no tocante ao valor da indenização, vejo que a quantia de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), fixadas pelo juízo *a quo*, se mostra bastante razoável, sendo passível até de majoração para atender aos parâmetros utilizados por este Colegiado. Contudo, essa medida não se mostra possível, eis que caracterizaria a *reformatio in pejus*, considerando que somente a operadora do plano de saúde apelou da decisão.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO AO APELO, mantendo-se, na íntegra, o dispositivo da sentença vergastada.**

**É como voto.**

Presidiu a Sessão o **Exmo. Des. Saulo Henriques de Sá e Benevides**. Participaram do julgamento, o Exmo. Des. José Aurélio da Cruz (relator), a Exma. Desa. Maria das Graças Morais Guedes e o Exmo. Des. Saulo Henriques de Sá e Benevides.

Presente ao julgamento a Dra. Ana Cândida Espínola, Promotora de Justiça Convocada.

Sala de Sessões da Terceira Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, João Pessoa, 24 de março de 2015.

**DESEMBARGADOR** *José Aurélio da Cruz*

**RELATOR**