



## TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

GABINETE DO DESEMBARGADOR JOÃO ALVES DA SILVA

---

### ACÓRDÃO

**AGRAVO INTERNO N. 2013375-55.2014.815.0000**

**ORIGEM:** Juízo da 9ª Vara Cível da Comarca da Capital

**RELATOR:** Desembargador João Alves da Silva

**AGRAVANTE:** Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico  
(Adv. Luiz Augusto Crispim Filho e outros)

**AGRAVADA:** Ivana Acioli Ribeiro Pereira (Adv. Ana Cristina Madruga Estrela)

**AGRAVO INTERNO. DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU SEGUIMENTO A APELO. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE EXAME. RESTRIÇÃO CONTRATUAL. EMERGÊNCIA CONFIGURADA. ABUSIVIDADE DA CLÁUSULA E DA NEGATIVA. INFRAÇÃO AO CDC E À LEI DOS PLANOS DE SAÚDE. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DOS DIREITOS À SAÚDE E À VIDA. DECISÃO EM HARMONIA COM JURISPRUDÊNCIA DOMINANTE DO STJ E DO TJPB. DESPROVIMENTO DO RECURSO.**

- As cláusulas restritivas que impeçam o restabelecimento da saúde em virtude de doença atentam contra a expectativa legítima do consumidor quanto ao plano de saúde contratado, o que deve ser percebido e sanado pelo Judiciário, mormente quando o procedimento seja necessário ao bom êxito de tratamento coberto pelo contrato firmado e o caso configure situação de emergência.

- Nos termos do ordenamento pátrio, não pode a operadora do plano de saúde intervir ou impor restrições à recomendação médica e negar-se a fornecer o necessário para o tratamento médico, sendo impositiva a obrigação contratual da operadora em arcar com as despesas do mesmo, com a aplicação dos princípios da dignidade da pessoa humana, da boa-fé objetiva e da interpretação mais favorável ao consumidor.

- Prescreve o art. 557, caput, do Código de Processo Civil que o Relator negará seguimento a recurso manifestamente inadmissível, ou ainda, em confronto com jurisprudência

**dominante do respectivo Tribunal ou de Tribunal Superior, dispensando que o recurso seja julgado no colegiado.**

**VISTOS**, relatados e discutidos estes autos, em que figuram como partes as acima nominadas.

**ACORDA** a Quarta Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do relator, integrando a presente decisão a súmula de julgamento de fl. 247.

### **RELATÓRIO**

Cuida-se de agravo interno interposto contra decisão de relatoria deste Gabinete, a qual, monocraticamente, negou seguimento ao recurso apelatório manejado pela agravante, mantendo sentença que julgou parcialmente procedente o pedido formulado na peça inicial, para o fim de, ratificando os termos da tutela antecipada deferida, determinar à empresa demandada a cobertura integral do exame “PET-SCAN ONCOLÓGICO”, incluindo o material necessário à realização do ato e à respectiva internação hospitalar, inclusive UTI, caso necessário.

Em suas razões recursais, sustenta a cooperativa agravante que a decisão objurgada merece reforma, ao argumento, em síntese: da impossibilidade de julgamento monocrático do recurso, haja vista a desconformidade do *decisum* com a jurisprudência dominante; da legitimidade da negativa da operadora, tendo em vista a exclusão do exame requerido da cobertura contratual; assim como da obrigatoriedade do *pacta sunt servanda* nas avenças de planos de saúde.

Ao final, pugna pela reconsideração da decisão monocrática ou, subsidiariamente, pelo provimento do presente agravo de instrumento por este Colendo colegiado, reformando-se, pois, o *decisum* guerreado.

**É o relatório.**

### **VOTO**

Primeiramente, faz-se importante destacar que conheço do recurso, porquanto adequado e tempestivo. De outra banda, contudo, nego-lhe provimento, em razão de todas as razões que seguem.

Através do presente recurso, a agravante pleiteia a reforma da decisão de lavra deste Gabinete, que, conforme relatado, negou seguimento ao recurso apelatório manejado, mantendo sentença que julgou parcialmente procedente o pedido formulado na peça inicial, para o fim de, ratificando os termos da tutela antecipada deferida, determinar à empresa demandada a cobertura integral

do exame “PET-SCAN ONCOLÓGICO”, incluindo o material necessário à realização do ato e à respectiva internação hospitalar, inclusive UTI, caso necessário.

À luz de tal entendimento, é oportuno e pertinente, proceder à transcrição da fundamentação da decisão monocrática ora agravada, a qual, por si só, se mostra bastante à desconstituição das razões trazidas à baila no presente agravo interno, nos termos do que fazem prova os excertos do julgado agravado, *in verbis*:

“Compulsando-se os autos e analisando-se a casuística posta em deslinde, há de se adiantar que o presente recurso apelatório não merece qualquer seguimento, porquanto a sentença se afigura irretocável e isenta de vícios.

É cediço restar patente a relação consumerista decorrente de tal avença de plano de assistência à saúde firmada entre os litigantes, sendo, portanto, de incidência obrigatória os dispositivos versados no Código de Defesa do Consumidor, Lei n. 8.078/90, nos termos da Súmula n. 469, do STJ, *verbis*:

**STJ, Súmula 469. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.**

Destarte, urge destacar que basta um estudo, ainda que perfunctório, para se chegar à conclusão de que um contrato deve ser estipulado conforme os princípios da boa-fé e probidade<sup>9</sup>, objetivando-se, mandamental e inequivocamente, a satisfação do consumidor e o atendimento de sua saúde, segurança, além de outros valores considerados inerentes à dignidade humana e ínsitos à finalidade do contrato firmado.

Em virtude disso, relevante destacar que o CDC cria mecanismos de proteção ao polo hipossuficiente da relação consumerista, a fim de equipará-lo ao fornecedor de bens ou serviços, estabelecendo, para tanto, entre outros: a interpretação mais favorável ao cliente<sup>10</sup> e a nulidade das cláusulas abusivas<sup>11</sup>.

Dessa forma, é sabido que os pactos ajustados entre empresas de assistência médica e seus beneficiários normalmente contêm cláusulas que colocam o consumidor em desvantagem exagerada, ferindo de morte as legítimas expectativas daqueles que, salvo raras exceções, com muito sacrifício pagam as elevadas prestações do plano de saúde e dele esperam o melhor atendimento.

---

<sup>9</sup> Artigo 422, do Código Civil de 2002, Lei 10.406/02.

<sup>1</sup> <sup>0</sup> Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.

<sup>1</sup> <sup>1</sup> Artigo 51, do Código de Defesa do Consumidor.

Com escopo nesse referido intelecto, analisando-se o instrumento contratual vergastado sob a ótica jurídica implantada pelo Código de Defesa do Consumidor, assim como pela Lei dos Planos de Saúde, de n. 9.656/98, e pelo Código Civil, depreendem-se da presente casuística sérias e irremediáveis afrontas à ordem jurídica pátria, exigindo-se, portanto, a devida retificação.

Ora, não é razoável que, por anos, aquele que tenha cumprido em dia com suas obrigações, objetivando uma assistência médico-hospitalar digna, tenha seus direitos restringidos e suas expectativas frustradas, tornando-se impraticável o objeto do contrato em virtude de cláusula inserta, sendo esta, com efeito, manifestamente abusiva, justamente no momento que mais necessita, ainda mais em situação de emergência.

Sobreleva, destacar, nesse ponto, que o próprio artigo 35-C, da Lei dos Planos de Saúde, de n. 9.656/98, garante o atendimento nos casos de procedimentos de urgência ou emergência, independentemente da existência de cláusula limitativa de cobertura contratual, consoante se denota do seguinte enunciado legais:

**“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, caracterizando em declaração do médico assistente; e**

**II- de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional”.**

Como visto, o contrato e a norma citada albergam o atendimento de emergência ao usuário, não sendo razoável que, tendo aderido a plano de saúde, cumprindo em dia com suas obrigações, necessitando de atendimento emergencial, tenha seus direitos restringidos e, conseqüentemente, frustradas as suas expectativas, tornado impraticável o objeto do contrato avençado.

A esse exato respeito, evidenciando o temperamento da autonomia privada à luz da superveniência de situações de emergência ou urgência, nas quais deve-se entender pela primazia dos direitos fundamentais à saúde e à vida em detrimento da obrigatoriedade contratual, o Superior Tribunal de Justiça delinea o seguinte raciocínio:

**“SEGURO DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. APRECIÇÃO ACERCA DE VIOLAÇÃO À RESOLUÇÃO. DESCABIMENTO.**

NATUREZA DA RELAÇÃO JURÍDICA. CONSUMO. PRAZO CONTRATUAL DE CARÊNCIA PARA COBERTURA SECURITÁRIA. POSSIBILIDADE. CONSUMIDOR QUE, MESES APÓS A ADESÃO DE SEU GENITOR AO CONTRATO DE SEGURO, VÊ-SE ACOMETIDO POR TUMOR CEREBRAL E HIDROCEFALIA AGUDA. ATENDIMENTO EMERGENCIAL. SITUAÇÃO-LIMITE EM QUE O BENEFICIÁRIO NECESSITA, COM PREMÊNIA, DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS-HOSPITALARES COBERTOS PELO SEGURO. INVOCAÇÃO DE CARÊNCIA. DESCABIMENTO, TENDO EM VISTA A EXPRESSA RESSALVA CONTIDA NO ARTIGO 12,V, ALÍNEA "C", DA LEI 9.656/98 E A NECESSIDADE DE SE TUTELAR O DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA. 1. "Lídima a cláusula de carência estabelecida em contrato voluntariamente aceito por aquele que ingressa em plano de saúde, merecendo temperamento, todavia, a sua aplicação quando se revela circunstância excepcional, constituída por necessidade de tratamento de urgência decorrente de doença grave que, se não combatida a tempo, tornará inócuo o fim maior do pacto celebrado, qual seja, o de assegurar eficiente amparo à saúde e à vida". (REsp 466.667/SP, Rel. Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR, QUARTA TURMA, julgado em 27/11/2007, DJ 17/12/2007, p. 174) 2. Diante do disposto no artigo 12 da Lei 9.656/98, é possível a estipulação contratual de prazo de carência, todavia o inciso V, alínea "c", do mesmo dispositivo estabelece o prazo máximo de vinte e quatro horas para cobertura dos casos de urgência e emergência. 3. Os contratos de seguro e assistência à saúde são pactos de cooperação e solidariedade, cativos e de longa duração, informados pelos princípios consumeristas da boa-fé objetiva e função social, tendo o objetivo precípua de assegurar ao consumidor, no que tange aos riscos inerentes à saúde, tratamento e segurança para amparo necessário de seu parceiro contratual. 4. Os artigos 18, § 6º, III, e 20, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor preveem a necessidade da adequação dos produtos e serviços à legítima expectativa que o Consumidor tem de, em caso de pactuação de contrato oneroso de seguro de assistência à saúde, não ficar desamparado, no que tange à procedimento médico premente e essencial à preservação de sua vida. 5. Portanto, não é possível a Seguradora invocar prazo de carência contratual para restringir o custeio dos procedimentos de emergência, relativos a tratamento de tumor cerebral que acomete o beneficiário do seguro. 6. Como se trata de situação-limite em que há nítida possibilidade de violação ao direito fundamental à vida, "se o juiz não reconhece, no caso concreto, a influência dos direitos fundamentais sobre as relações privadas, então ele não apenas lesa o direito constitucional objetivo, como também afronta direito fundamental considerado como

pretensão em face do Estado, ao qual, enquanto órgão estatal, está obrigado a observar".(RE 201819, Relator(a): Min. ELLEN GRACIE, Relator(a) p/ Acórdão: Min. GILMAR MENDES, Segunda Turma, julgado em 11/10/2005, DJ 27-10-2006 PP-00064 EMENT VOL-02253-04 PP-00577 RTJ VOL-00209-02 PP-00821) 7. Recurso especial provido para restabelecer a sentença". (REsp 962.980/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, 4ª TURMA, 13/03/2012, DJe 15/05/2012).

Outrossim, pertinente salientar que, ainda que haja cláusula expressa limitadora, nos termos do art. 51, IV da Lei 8.078/90, são nulas, de pleno direito, as cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, bem como que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada ou sejam incompatíveis com a boa-fé e equidade ou, ademais, com tratamento abrangido na cobertura contratual.

Nesse sentido, destaco:

**“APELAÇÃO. CAUTELAR. OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME DENOMINADO PET SCAN OU PET-CT POR COOPERATIVA MÉDICA. PACIENTE ACOMETIDA POR CÂNCER. NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO PARA O EXATO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA. FALTA DE PREVISÃO NA RESOLUÇÃO N.º 167/2007, DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, À ÉPOCA VIGENTE. IRRELEVÂNCIA. FINALIDADE DO CONTRATO. MANUTENÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE DO CONTRATANTE. AUSÊNCIA DE EXCLUSÃO EXPRESSA DE COBERTURA NO INSTRUMENTO. INTERPRETAÇÃO FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR. ARTS. 51, I E IV, E 47, DO CDC, SOB PENA DE ESVAZIAMENTO DO OBJETO CONTRATUAL. FUMUS BONI IURIS E PERICULUM IN MORA PRESENTES. REQUERIMENTO DEFERIDO. RECURSO. PACTA SUNT SERVANDA. EQUILÍBRIO ECONÔMICO DO CONTRATO. AUSÊNCIA DE PREVISÃO NA REGULAMENTAÇÃO DA ANS. DEVER DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL DO ESTADO, E NÃO DO FORNECEDOR DE SERVIÇO PRIVADO. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO E, SUBSIDIARIAMENTE, REDUÇÃO DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. INSUBSISTÊNCIA DO APELO. DOENÇA COBERTA PELO PLANO. ILICITUDE NA RESTRIÇÃO DO MELHOR TRATAMENTO INDICADO PELO PROFISSIONAL MÉDICO. NECESSIDADE ATESTADA. JURISPRUDÊNCIA DOMINANTE DO STJ. HONORÁRIOS FIXADOS DE ACORDO COM OS PARÂMETROS DO ART. 20, §3º, DO CPC. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.**

**DESPROVIMENTO.** São nulas de pleno direito as cláusulas contratuais tendentes a esvaziar a substância da avença, retirando do consumidor o gozo de vantagens decorrentes, diretamente, do que foi acordado, desequilibrando a equação econômico-financeira, art. 51, §10, II, do Código de Defesa do Consumidor. Se uma doença é coberta pelo plano de saúde, a fornecedora não pode limitar as formas de seu tratamento, consoante prescrição médica do profissional que acompanha o paciente, segundo as técnicas mais modernas, sob pena de tornar inócua a manutenção da vida e da saúde objeto primaz do contrato. Precedentes do STJ. Não é passível de minoração o valor fixado a título de honorários advocatícios em consonância com os parâmetros do art. 20, §3º, do Código de Processo Civil. Presentes o *fumus boni iuris* e o *periculum in mora*, correta a decisão que concedeu a medida cautelar desejada. Apelação conhecida e desprovida.” ( TJPB, 20020080354455002, 4ª Câmara Cível, Rel. Des. Romero Marcelo F. Oliveira, 15/08/2012 ).

**“PLANO DE SAÚDE - Recusa na realização de fisioterapia motora, exame PET/CT, terapia ocupacional, anestesista e outros materiais e serviços - Alegação de cláusula contratual de exclusão desta modalidade - Inadmissibilidade - Prova satisfatória de que todos os itens correspondem ao próprio tratamento custeado, de cobertura prevista no contrato - Comprovação da urgência - Aplicação do Código de Defesa do Consumidor - Exegese dos artigos 47 e 51, § Io, II, do Código de Defesa do Consumidor - Sentença mantida -Recurso não provido.”** (TJSP - APL 990101252660 SP – Rel. Percival Nogueira - 06/05/2010 - Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado - Publicação: 18/05/2010).

**“Existindo previsão contratual acerca da cobertura clínica e cirúrgica de tratamentos de nefrologia, resta inválida a negativa de abrangência da hemodiálise, quando esta é necessária ao bom êxito no trato de insuficiência renal crônica.”** (TJPB – AC 200.2009.021401-2/001 – Rel. Des. João Alves da Silva – 08/06/2010).

**“CONSUMIDOR. Apelação Cível. Ação ordinária de obrigação de fazer c/c indenização de danos morais. Plano de saúde. Ressonância magnética. Cobertura. Alegação de falta de previsão contratual. Contrato de adesão - Cláusula limitativa de direitos. Exclusão expressa e específica. Inobservância - Art. 54, § 4º, do CDC. Não vinculação do consumidor. Interpretação favorável ao segurado. Art. 47, da Lei nº. 8.078/90. Desprovisionamento. - Deve ser interpretado favoravelmente ao aderente o contrato de consumo consistente em plano de saúde, em razão do bem jurídico**

tutelado, sobretudo quando o contratante for pessoa leiga e nas cláusulas que enumeram os exames não prestados inexistir a exclusão expressa da ressonância magnética, a par de constar discriminadamente os exames radiológicos dentre os serviços prestados, mesmo porque as cláusulas limitadoras de direitos, caso existentes, devem ser redigidas em destaque." (TJPB – AC 20020030075325001 – Rel. DES. ABRAHAM LINCOLN DA CUNHA RAMOS - 4ª Câmara Cível – 19/07/2005).

É de se convir, outrossim, que a limitação de procedimento ofertado por plano de saúde, quando ligado ao bom e fiel tratamento para a enfermidade, a torna, quanto a esse particular, abusiva, pois, em muitos casos, pode vir a frustrar o próprio tratamento, este sim alcançado pela cobertura contratada.

Nessa senda, a Jurisprudência recente e abalizada tem entendido que o objetivo precípua da assistência médica contratada é o de restabelecer a saúde do paciente através dos meios técnicos existentes que forem necessários, não devendo prevalecer, portanto, limitação contratual alguma que impeça a prestação do serviço médico-hospitalar com a utilização da tecnologia existente no mercado, mormente em se tratando o feito de contrato de adesão, em que as cláusulas são pré-determinadas.

A esse respeito, emerge o seguinte julgado do Colendo STJ:

**AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO ESPECIAL - - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL C/C REPETIÇÃO DE INDÉBITO EM RAZÃO DA INDEVIDA NEGATIVA DE COBERTURA FINANCEIRA DE EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO SEGUIMENTO AO RECLAMO. IRRESIGNAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. 1. Aplicação da Lei 9.656/98 a contratos anteriores à sua vigência. Embora as disposições do aludido diploma legal, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, não retroajam para atingir contratos celebrados antes de sua vigência (quando não adaptados ao novel regime), a eventual abusividade das cláusulas pode ser aferida à luz do Código de Defesa do Consumidor. Isto porque "o contrato de seguro de saúde é obrigação de trato sucessivo, que se renova ao longo do tempo e, portanto, se submete às normas supervenientes, especialmente às de ordem pública, a exemplo do CDC, o que não significa ofensa ao ato jurídico perfeito" (AgRg no Ag 1.341.183/PB, Rel. Ministro Massami Uyeda, Terceira Turma, julgado em 10.04.2012, DJe 20.04.2012). Precedentes. 2. Recusa indevida, pela operadora de plano de saúde, da cobertura financeira do tratamento médico**



do beneficiário. Ainda que admitida a possibilidade de previsão de cláusulas limitativas dos direitos do consumidor (desde que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil compreensão), revela-se abusivo o preceito do contrato de plano de saúde excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico coberto ou de internação hospitalar. Precedentes. 3. Agravo regimental desprovido, com a imposição de multa. (AgRg no REsp 1450673/PB, Rel. Min. MARCO BUZZI, 4ª TURMA, 07/08/2014, DJe 20/08/2014).

Logo, estando a enfermidade coberta pelo contrato, a limitação imposta pelo plano de saúde não pode ser tolerada, exatamente nos termos reconhecidos pelo douto Juízo de primeiro grau, de modo que o provimento *a quo* não merece reforma.

Em razão das considerações tecidas acima, com fulcro no artigo 557, *caput*, do CPC, assim como, na Jurisprudência dominante do Colendo STJ e do TJPB, **nego seguimento ao apelo**, mantendo incólumes os exatos termos da decisão vergastada”.

Sob referido prisma, tendo em vista que tal provimento jurisdicional agravado se esposara na mais abalizada e dominante Jurisprudência dos Tribunais pátrios, notadamente do Colendo STJ e do TJPB, não se vislumbra qualquer ofensa decorrente da decisão singular do recurso ao princípio da colegialidade das decisões do Tribunal, ao arrepio do que defende o ora agravante.

A esse respeito, frise-se o seguinte entendimento do STJ:

**“Não viola o Princípio da Colegialidade a apreciação unipessoal pelo Relator do mérito do recurso especial, quando obedecidos todos os requisitos para a sua admissibilidade, nos termos do art. 557, *caput*, do Código de Processo Civil, aplicado analogicamente, bem como do Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça, observada a jurisprudência dominante desta Corte Superior e do Supremo Tribunal Federal. Com a interposição do agravo regimental fica superada eventual violação ao referido princípio, em razão da reapreciação da matéria pelo órgão colegiado”.** (AgRg REsp 1382779/PR, Rel. Min. MOURA RIBEIRO, 5ª TURMA, 21/08/2014, DJ 26/08/2014).

Nestas linhas, não merece qualquer reforma a decisão ora agravada, a qual se encontra de acordo com a jurisprudência dominante desta Corte de Justiça e, inclusive, do Superior Tribunal de Justiça, devendo, pois, ser mantida em

todos os seus exatos termos, em razão do que **nego provimento ao agravo interno**.

**É como voto.**

### **DECISÃO**

A Quarta Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba decidiu, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do relator.

Presidiu a sessão de julgamento o Excelentíssimo Desembargador Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho. Participaram do julgamento o Exmo. Des. João Alves da Silva, o Exmo. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira e o Exmo. Des. Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho.

Presente representante do Ministério Público, na pessoa da Exma. Dra. Jacilene Nicolau Faustino Gomes, Procuradora de Justiça.

Sala das Sessões da Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, em 03 de fevereiro de 2015 (data do julgamento).

João Pessoa, 04 de fevereiro de 2015.

**Desembargador João Alves da Silva**  
**Relator**