



## Unimed deve indenizar família de segurada que morreu

A Unimed terá de pagar indenização de R\$ 250 mil, por danos morais, aos pais e filhos de uma ex-segurada. A empresa se recusou a cobrir tratamento de câncer e dar apoio médico à paciente, que morreu antes que fosse decidido seu pedido de indenização.

A sentença é do juiz Paulo de Toledo Ribeiro Júnior, da 16ª Vara Cível de Cuiabá (MT). O valor é o ressarcimento de todas as despesas médico-hospitalares, gastos com medicamentos e despesas de viagem. Cabe recurso.

De acordo com o processo, a Unimed não cobriu tratamento de câncer da paciente de Mato Grosso alegando carência contratual. A empresa alegou também que a doença era pré-existente e que o convênio só cobria os hospitais que estavam relacionados no contrato e não o hospital que a paciente procurou em São Paulo.

O advogado **Eduardo Mahon**, que representou a paciente, argumentou que não houve exame prévio para a admissão no plano e assim não havia como saber da existência da doença. A defesa alegou, ainda, que a cláusula contratual que limitou acesso ao hospital paulista era abusiva.

O juiz Ribeiro Júnior acolheu os argumentos e considerou as cláusulas contratuais abusivas. Mahon afirma que ainda vai mover um segundo processo contra a empresa em nome dos pais da paciente e das filhas menores que ela deixou.

### Leia a íntegra da sentença

Comarca: Cuiabá

Processo nº: 411/2001

Décima Sexta Vara Cível da Capital

Juiz(a) Atual:

Paulo de Toledo Ribeiro Júnior

AUTOR(A): SINTIA JANINE OLIVA

RÉU(S): UNIMED CUIABÁ – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Sentença com Julgamento de Mérito VISTOS E ETC... SINTIA JANINE OLIVA, devidamente qualificada e representada, ajuizou a presente AÇÃO DE CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PERDAS E DANOS, em desfavor de UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, também devidamente qualificada e representada, alegando em suma o seguinte. Diz a autora ser usuária da requerida e que, após uma série de exames no crânio, realizados nesta cidade de Cuiabá, foi necessário dirigir-se à cidade de São Paulo, onde realizou novos exames e foi necessário



efetuar cirurgia no crânio e posteriormente efetuar uma série de sessões de quimioterapia. Diz a autora que a requerida, apesar de estar em dia todas as prestações do plano de saúde, negou-se terminantemente a cobrir as despesas. Diz ainda que foi necessário o ajuizamento de medida cautelar para que a requerida honrasse o contrato, sendo então obrigada judicialmente a depositar a quantia referente ao Hospital Samaritano.

Regularmente citada, a requerida contestou tempestivamente a ação, alegando o seguinte. Diz inicialmente do período de carência em face de haver a autora aderido ao plano de saúde e desejar usá-lo antes do prazo de carência estipulado, alegando que a autora tinha o plano na Unimed de Rondonópolis e que não é a mesma de Cuiabá. Alega ainda que não existe nos autos, qualquer prova de que médicos de Cuiabá, a tenham encaminhado para São Paulo. E que está perfeitamente explícito no contrato assinado entre as partes, que a requerida não se responsabilizaria por tratamento feito em hospitais e laboratórios de tabela própria/alto custo, nem pela remoção para São Paulo. Finalmente, diz não poder responsabilizar-se por danos materiais, posto que não deu causa a eles. O feito foi julgado antecipadamente e posteriormente teve cassada a sentença, determinando o prosseguimento normal.

Posteriormente a esse fato, veio a comunicação de que a autora viera a falecer em virtude exatamente da doença que a levou a São Paulo. Realizada audiência e tendo as partes dito que não haviam mais provas a serem produzidas e que as alegações finais seriam remissivas, vieram os autos conclusos. É O RELATÓRIO.

**FUNDAMENTO E DECIDO.** Versam os presentes autos sobre Ação de Cumprimento de Obrigação de Fazer, c/c Perdas e Danos. Inicialmente é de se discutir a alegação da requerida de que a autora encontrava-se no período de carência e que, em face disso não poderia beneficiar-se ainda, do plano de saúde, para o evento desejado. Há aqui, dois pontos a serem discutidos: primeiro, ser a Unimed de Rondonópolis, diferente da Unimed de Cuiabá e, um segundo ponto, a carência alegada pela requerida. Analiso em primeiro lugar o fato alegado pela requerida, de que a Unimed de Rondonópolis é diferente da Unimed de Cuiabá.

A autora não trouxe aos autos qualquer comprovação de que tenha sido usuária da Unimed – Rondonópolis. No entanto, este fato não foi contestado pela requerida, pelo que, tenho-o como verdadeiro e, como forte indício de que a requerida tinha pleno conhecimento disso. A alegação da requerida que as Unimed, são unidades independentes, parece-me um forte argumento para não obrigá-la ao pagamento e que deve prevalecer o período de carência. No entanto, não é isso que divulga a requerida em todas as suas propagandas. O usuário de médio entendimento, não tem conhecimento desse fato e é exatamente por desconhecer esse pequeno detalhe, que a grande maioria das pessoas fazem contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares com a requerida.

Os usuários somente vêm tomar conhecimento desse pequeno detalhe quando necessitam usar os serviços médicos em outras regiões, e ficam sabendo que terão que pagar por eles. A propaganda das Unimed é exatamente no sentido de que em todo o País, o usuário está coberto pelo seu plano de saúde. A propaganda em todo o País é exatamente igual, o logotipo é o mesmo, o que leva perfeitamente e com muita lógica, de que se trata de uma única empresa. Quando da contratação do usuário com a requerida,



não é informado a ele esse pequeno detalhe.

A meu ver, no presente caso, foi exatamente por desconhecer esse pequeno detalhe, que levou a autora a filiar-se na Unimed-Cuiabá, pois, como já era filiada à Unimed-Rondonópolis, teria todo o direito nesta, a requerida. Por isso, não pensou na possibilidade da perda de carência. De duas uma, ou as Unimed, fixam esse pequeno detalhe nos contratos, colocando-o em letras grandes, na forma preconizada pelo Código de Defesa do Consumidor, ou é de ter-se esse pequeno detalhe, como propaganda enganosa, também inserida como falta no Código de Defesa do Consumidor.

Esse fato, é que acarretou o que a requerida chama de período de carência. Caso a requerida houvesse, desde o início alertado a autora de que uma Unimed não é a mesma coisa que outra Unimed, teria então, razão em se falar em período de carência. Mas, é difícil para o cidadão comum, acreditar que uma Unimed, não é a mesma coisa que outra Unimed. É fácil? Com certeza não.

Daí, o segundo ponto, período de carência, deve ser analisado com extrema cautela, pois, tenho que a Unimed-Cuiabá, não andou bem na contratação com a autora e, em face do já famoso contrato de adesão, é de discutir-se o assunto, com muita cautela. A cláusula XIV, do contrato convolado entre as partes, diz respeito ao falado período de carências. É nessa cláusula que se embasa a requerida, para negar-se ao pagamento das despesas suportadas pela autora.

Em face de entender que a Unimed-Cuiabá, não é a mesma Unimed-Rondonópolis, diz que a autora estaria sujeita aos períodos de carência fixados na cláusula acima mencionada. Mormente na letra “g”, que fala em 180 dias para, procedimentos de ambulatório, quimioterapia, medicina intervencionista, internações clínicas, cirúrgicas e UTI/CTI, exceto parto e patologias consideradas pré-existentes. A meu ver, para que a requerida possa exigir tais carências, bem como outras mencionadas na mesma cláusula, deveria efetuar um exame minucioso em cada usuário antes de assinar o contrato. Fica difícil, dizer depois, o que é pré-existente e o que não é pré-existente. Não se pode exigir que uma pessoa, ainda que de nível de instrução superior, que não seja médico, sabe se possui está ou aquela doença, que pode muito bem estar instalada no corpo da pessoa, sem que esta tenha conhecimento. Não consigo entender que uma pessoa que tenha conhecimento da doença, como no caso da autora, e ainda se submeta a efetuar um contrato sabendo claramente desse período de carência. Tenho que ou, não sabia da doença ou não sabia do período de carência. Não consigo ver de outra forma.

O Código de Defesa do Consumidor está aí, para solucionar todos esses problemas. Deve a requerida demonstrar com clareza, inicialmente à autora, quais são seus direitos e deveres frente ao contrato e, após, ao julgador, de que assim agiu e não teve qualquer espírito de má-fé. E se o fez, deve o contrato estar perfeitamente em acordo com o Código de Defesa do Consumidor. E, para que os planos de saúde não tenham vida curta como diz a requerida, devem agir com clareza, sem deixar transparecer qualquer coisa que não seja verdadeira. Menciona a requerida o inciso I, do artigo 35 – C, da Lei nº 9.656/98, que menciona o caso de emergência. A exigência da declaração do médico assistente, a meu ver, está plenamente suprida com a declaração contida no relatório do médico Marcos A. S. Joaquim, entranhado às fls. 41, dos autos de ação cautelar em apenso. Note-se que esse relatório diz: “a paciente foi transferida de Cuiabá para o Hospital Samaritano em São Paul, tendo ido diretamente da UTI para o aeroporto, sendo operada no dia seguinte.” É de se perguntar: Era ou não era uma situação de urgência, que estava vivendo a autora? Evidentemente que sim. Assim, de qualquer forma, estava ou não a autora



no período de carência, era ou não doença pré-existente, a certeza é que estava atravessando uma fase de que deveria ser socorrida com extrema urgência.

QUARTA CÂMARA CÍVEL RECURSO DE AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 14712/2005 — CLASSE II — 15 — COMARCA CAPITAL Fl. 1 de 5 AGRAVANTE: UNIMED CUIABÁ — COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA. AGRAVADA: NÍVEA FERNANDA TEIXEIRA Número do Protocolo: 14712/2005 Data de Julgamento: 06-6-2005 E M E N T A RECURSO DE AGRAVO DE INSTRUMENTO — AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER — CONCESSÃO DA TUTELA ANTECIPADA — PLANO DE SAÚDE — ARGÜIÇÃO DE CARÊNCIA CONTRATUAL — TRATAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CONFIGURADO — OBRIGAÇÃO DE ARCAR COM AS DESPESAS MÉDICO — HOSPITALARES — CAUÇÃO DESNECESSÁRIA — RECURSO IMPROVIDO.

Estando caracterizada, no caso concreto, a emergência/urgência do tratamento médico-hospitalar, deve a empresa operadora de planos de saúde custear o tratamento. RELATÓRIO EXMO. SR. DES. BENEDITO PEREIRA DO NASCIMENTO Egrégia Turma: Agravo de instrumento interposto contra decisão que concedeu, liminarmente, a antecipação de tutela, autorizando “os tratamentos médicos de que necessita a autora (internação e curetagem) e outros porventura conseqüentes e necessários.” (fls. 23-TJ)

Em suas razões, busca a agravante a concessão de efeito suspensivo ao recurso, ou, alternativamente, a prestação de caução e, ao final, o provimento do agravo. Não foi concedido o pretendido efeito suspensivo. (fls. 78-TJ) Não houve contra-razões. A MM.<sup>a</sup> Juíza do feito, às fls. 91/92-TJ, prestou as informações. É o relatório. V O T O EXMO. SR. DES. BENEDITO PEREIRA DO NASCIMENTO (RELATOR) Egrégia Câmara: Cuida-se de agravo de instrumento interposto contra decisão que concedeu, liminarmente, a antecipação de tutela, a fim de que a agravante autorize os tratamentos médicos de que necessita a agravada (internação e curetagem), fixando a multa diária no valor de R\$5.000,00 (cinco mil reais).

Pelo conteúdo do decisório verberado, constata-se, no pedido agasalhado judicialmente, que a MM.<sup>a</sup> Juíza a quo houve por bem antecipar os efeitos da tutela jurisdicional, fundamentando: “In casu, estão presentes os requisitos necessários para a concessão da tutela, quais sejam, a verossimilhança da alegação da requerente, em face de prova inequívoca juntada aos autos e o fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação.” sic (fls. 22/23-TJ)

Egrégia Turma, indubitável que, para autorizar o deferimento da tutela antecipada da lide, exige-se prova inequívoca da verossimilhança, equivalente ao *fumus boni iuris* e ao *periculum in mora*, somada ao receio de dano irreparável. Informa a empresa-agravante, ao relatar os fatos, que a agravada é titular do Contrato de Plano de Saúde nº 7812001315, Unimed Plano Econômico — Particular, firmado em 16-11-2004. (fls. 27/47-TJ).

Salienta que, após a ocorrência de um aborto espontâneo, necessitou a recorrida de um atendimento, em regime de urgência, no Hospital Jardim Cuiabá, pela Dra. Sandra Maria Georgeto. Devido à gravidade



do diagnóstico, infecção endometrial foi-lhe indicada a realização do procedimento cirúrgico para a curetagem e, via de consequência, a internação, sendo negada a autorização pela empresa-agravante. Sustenta, ainda, que a agravada estava em período de carência contratual para autorização dos procedimentos solicitados, e o caso não envolvia preservação da vida. Analisando os autos, verifica-se que a Cláusula 6.4.3 — Internações de Urgência não estabelece, como requisito autorizador para internação ou realização de procedimentos, o prazo de carência dos contratos, como bem asseverou a douta Magistrada singular: “... de acordo com a Cláusula 14.1, “g”, do contrato, olvidando-se de que de acordo com a Cláusula 6.4.3 do mesmo instrumento contratual, não existe prazo de carência para atendimentos de urgência/emergência, como se caracteriza o caso em tela.” (sic fls. 22-TJ)

Desse modo, estando caracterizada a emergência, não pode a agravante se furtar ao cumprimento do contrato. Nesse sentido é a jurisprudência: “Se a intervenção cirúrgica que a seguradora se nega a autorizar é indicada como urgente e necessária para combater a doença grave de que fora acometida a segurada, mostra-se patente a presença de risco concreto, atual e iminente. Presentes os requisitos do art. 273 do Código de Processo Civil, que justificam o deferimento da medida. Precedentes.” (AGI – 2004 00 2 004196-9 — TJDFT — rel. Des. Humberto Adjuto Ulhoa)

No caso em tela, a antecipação de tutela é necessária, eis que o processo versa sobre proteção à saúde, fornecimento de assistência médico-hospitalar, indispensável para a sobrevivência da agravada, estando presentes os pressupostos autorizadores da antecipação de tutela. No que tange à prestação de caução, perseguida pela recorrente, não vislumbro necessidade dela na hipótese. A exigência ou não de caução, na antecipação da tutela, fica a critério do julgador. É este o entendimento na jurisprudência: “(...) Na antecipação de tutela a exigência ou não da caução fica a critério do julgador, de acordo com as circunstâncias do caso concreto.” (RAI nº 70004529210 — TJRS — rel. Sejalmo Sebastião de Paula Nery)

“É inadmissível impor, como condição ao deferimento de tutela antecipada, a prestação de caução.” (RAI nº 70003975844 – TJRS – rel. Voltaire de Lima Moraes) Por todo o exposto, nego provimento ao agravo, mantendo inalterada a decisão recorrida. Custas pela agravante. É como voto. **ACÓRDÃO** Vistos, relatados e discutidos os autos em epígrafe, a QUARTA CÂMARA CÍVEL do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso, sob a Presidência do DES. BENEDITO PEREIRA DO NASCIMENTO, por meio da Turma Julgadora, composta pelo DES. BENEDITO PEREIRA DO NASCIMENTO (Relator), DES. JOSÉ SILVÉRIO GOMES (1º Vogal) e DES. MÁRCIO VIDAL (2º Vogal), proferiu a seguinte decisão: **POR DECISÃO UNÂNIME, NEGARAM PROVIMENTO AO AGRAVO, NOS TERMOS DO VOTO DO RELATOR.** Cuiabá, 06 de junho de 2005.

Outro fator mencionado na contestação é a utilização pela autora, de hospitais com tabela própria e de alto custo, que diz ser vedado pelo contrato. A cláusula IX, do contrato efetuado entre as partes, diz respeito a atendimento fora da área de atuação. Tenho para mim que o item 9.5, não teria necessidade de existir, em face do que dispõe o item 9.1, da mesma cláusula. Ora, o que importa quanto vai custar o tratamento neste ou naquele nosocômio, neste ou naquele laboratório, se a cláusula 9.1 já regulou como deve ser o pagamento? Mas, aí de perguntar-se: caso haja tratamento para a doença existente somente em um desses hospitais declinados na cláusula 9.5, como deve o usuário da requerida fazer? Em face



disso, tenho que deve ser declarada nula essa cláusula, bem como a cláusula 9.1, pois, em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor, está em prejuízo para a autora, pois, em sendo usuária da requerida e tendo cumprido todos os seus compromissos em relação à requerida, deve esta cumprir agora a sua parte, não se eximindo de efetuar o pagamento das despesas que a autora suportou.

Não vejo outra alternativa, em face do Código de Defesa do Consumidor, em afastar e excluir os tipos de honorários médicos que são cobrados e os hospitais mencionados. Ora, se existe uma tabela da AMB — Associação Médica Brasileira, como se admitir que um médico ou um hospital possa cobrar fora dessa tabela. É uma tabela ou não é? Está em vigor ou não está? Assim, deve a requerida dirigir-se diretamente aos médicos e hospitais que não seguem essa tabela e, com eles discutir essa questão.

Em relação à autora, deve a requerida apenas cumprir suas obrigações. Em relação aos danos morais, tenho que exatamente pela inadimplência da requerida, é que o nome da irmã da requerente foi levado a protesto e inserido nos cadastros de pessoas inadimplentes. O dano moral, não tem necessidade de outras provas, que não seja a prova do efetivo evento danoso. O nexó causal entre o evento danoso e o dano moral efetivo, está por demais evidente sendo a falta de cumprimento por parte da autora, que levou à existência do dano experimentado pela irmã da autora. Em relação aos danos morais, acredito deva ser aplicado, de forma a que a requerida não volte a cometer tais infrações, que resultem em prejuízos para terceiros.

Devo excluir no entanto, o pleito de indenização das passagens aéreas das acompanhantes da autora, que deverão ser suportadas, pelas mesmas, ou pelo espólio da autora. Assim, entendo deva a ação ser julgada inteiramente procedente. **DISPOSITIVO.** Isto posto e por mais que dos autos consta, **ACOLHO PARCIALMENTE O PEDIDO**, para julgá-lo parcialmente procedente, com fundamento no artigo 269, inciso I, do Código de Processo Civil, e, ratificando a antecipação de tutela concedida, condenar a requerida a ressarcir à autora, todas as despesas médico, hospitalares e com medicamentos, bem como a despesa de viagem da autora.

Para condenar ainda ao pagamento da importância de duas vezes o valor protestado, a título de danos morais. Traslade-se esta decisão para os autos em apenso, extinguindo-se também com fundamento no artigo 269, inciso I, do Código de Processo Civil. Condeno a requerida ao pagamento das custas judiciais e em honorários advocatícios do patrono da autora, que fixo em 20% do valor da causa, com fundamento nas letras “a”, “b” e “c”, do § 3º, do artigo 20, do Código de Processo Civil.

Transitada em julgado, autorizo o levantamento da importância que se encontra depositada e, pagas as custas de ambos os processos, archive-se-os com as baixas necessárias. Em não sendo pagas as custas, anote-se o nome dos autores no distribuidor, como devedor de custas e archive-se-os com as devidas baixas.

P. R. I. C.

Paulo de Toledo Ribeiro Júnior

Juiz

**Date Created**

18/07/2005