

Sem urgência, falta de cobertura de cesariana não causa danos morais

A 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça determinou que não cabe o pagamento de indenização por danos morais no caso em que uma operadora de seguro-saúde se recusa a cobrir uma cesariana no período de carência, quando não há comprovação de que a cirurgia é uma emergência. Esse argumento foi usado pelo colegiado para dar provimento parcial ao recurso de uma empresa do setor que havia sido derrotada na instância anterior.

Reprodução



STJ não reconheceu a existência danos morais por falta de cobertura de cesariana
Reprodução

A operadora se recusou a cobrir os custos do parto com a alegação de falta de urgência para a antecipação do procedimento e de má-fé da beneficiária, já que ela teria omitido na declaração de saúde, feita no momento da contratação do plano, a condição de gestante e doenças pré-existentes. Isso levou a mulher a ajuizar uma ação por danos morais.

O Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios condenou a empresa a cobrir os custos da cirurgia e a pagar a indenização por danos morais por considerar que havia urgência na realização do procedimento. O TJ-DF entendeu que a cesariana antecipada ofereceria menos risco para a gestante.

No entanto, o relator do caso no STJ, o ministro Paulo de Tarso Sanseverino, teve entendimento diferente da corte de segunda instância. Ele afirmou que os laudos (um feito pelo médico da beneficiária, outro pelo profissional que presta serviços à operadora) deixaram dúvidas sobre o caráter urgente da cesariana, "de modo que a recusa de cobertura, nesse contexto, não revela gravidade suficiente para extrapolar o âmbito contratual e atingir direito da personalidade da beneficiária, autora da demanda, não havendo falar, portanto, em dano moral".

Segundo o ministro, apreciar os laudos médicos para eventualmente mudar a decisão tomada pelo TJ-DF na configuração da urgência implicaria reexame de provas, o que não é permitido pela Súmula 7 do STJ.

Sanseverino considerou ainda que não tem fundamento a alegação de má-fé da beneficiária, pois ele observou que no questionário de saúde não há indagação sobre gravidez ou complicações em gestações

anteriores. Para o ministro, como o plano não adotou os procedimentos previstos na Resolução 162/2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que determina comunicação formal por parte da operadora quando há indícios de má-fé ou fraude por parte do beneficiário, "mostra-se descabida a recusa de cobertura", conforme precedentes firmados pelo STJ, entre eles o REsp 1.578.533. *Com informações da assessoria de imprensa do STJ.*

Clique [aqui](#) para ler o acórdão
REsp 1.869.858

Date Created
29/06/2020