



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PARANÁ**  
COMARCA DA REGIÃO METROPOLITANA DE LONDRINA - FORO CENTRAL DE LONDRINA  
2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA DE LONDRINA - PROJUDI  
Avenida Duque de Caxias, 689 - 6º andar - Caiçaras - Londrina/PR - CEP: 86.015-902 - Fone: (43)3572-3232 - Celular: (43) 3572-3483 - E-mail: lon-31vj-s@tjpr.jus.br

**Autos nº. 0031940-27.2017.8.16.0014**

Processo: 0031940-27.2017.8.16.0014  
Classe Processual: Procedimento Comum Cível  
Assunto Principal: Indenização por Dano Material  
Valor da Causa: R\$36.524,90  
Autor(s): • CRISTIANE APARECIDA FRANÇA (RG: 251177956 SSP/SP e CPF/CNPJ: 149.827.388-23)  
Rua Henrique Dias, 210 CASA - CAMBARÁ/PR  
Réu(s): • Universidade Estadual de Londrina (CPF/CNPJ: 78.640.489/0001-53)  
Rodovia Celso Garcia Cid, 900, 900 PR 445, km 380, caixa postal 10011 - Jardim Portal de Versalhes 1 - LONDRINA/PR - CEP: 86.057-970

Vistos e examinados estes autos de AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS sob nº 0031940-27.2017.8.16.0014, proposta por CRISTIANE APARECIDA FRANÇA em face do UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA.

**I. RELATÓRIO.**

CRISTIANE APARECIDA FRANÇA, brasileira, casada, portadora da Cédula de Identidade (RG) nº 25.117.795-6, inscrita no CPF/MF nº 149.827.388-23, residente e domiciliada na Rua Henrique Dias, 210, na cidade de Cambará/PR, ajuizou a presente AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS em desfavor da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, Autarquia Estadual inscrita no CNPJ/MF sob o nº 78.640.489/0001-53, localizada na Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380, s/nº, Campus Universitário, CEP: 86055-900, em Londrina/PR, alegando, em síntese, que:

- a) no dia 30/07/2016, foi internada no Hospital Universitário após ter sido diagnosticada com tumor cerebral (TU da região selar – Hipófise) com perda/baixa de acuidade visual;
- b) foi indicado para o caso a realização de cirurgia, programada para o dia 04/08/2016;
- c) no dia anterior, preencheu a Ficha Pré-Anestésica e *checklist* para encaminhamento ao centro cirúrgico, ocasião em que assinalou “*não*” na opção de transfusão de sangue, por se identificar como Testemunha de Jeová;
- d) no dia da cirurgia foi surpreendida com alta hospitalar, sem a especificação escrita de qualquer motivo;



e) em vista de complicações em seu quadro clínico, a autora foi novamente internada no dia 09/08/2016 com a indicação de cirurgia e diagnóstico de craniofaringioma. Porém, passados dias, a cirurgia não foi marcada, tendo a autora sido informada que *“o Hospital não iria realizar a sua cirurgia, tendo em vista sua recusa em consentir com uma eventual transfusão sanguínea, que talvez viesse a ser necessária durante a cirurgia”*;

f) a ré se negou à realização da cirurgia e também se negou a transferir a autora para outro hospital público no qual pudesse ter o direito à saúde assegurado;

g) no dia 19/09/2016, preencheu um formulário de reclamação na Ouvidoria do Hospital Universitário informando a respeito da ausência de tratamento médico durante todo o tempo em que ficou internada e das pressões que sofreu para pedir alta médica, bem como a ausência de qualquer medida do Hospital para providenciar tratamento médico adequado ao seu grave problema de saúde;

h) em 28/09/2016, protocolou representação no Conselho Regional de Medicina do Paraná – CRM/PR, requerendo apuração das infrações éticas cometidas pela equipe médica e direção do Hospital Estadual Universitário de Londrina/PR;

i) considerando a demora e a possibilidade de piora de seu quadro clínico, realizou, no dia 15/10/2016, o procedimento médico as suas próprias expensas na cidade de Araçatuba/SP. As despesas totais de R\$ 36.524,90 envolveram internação, medicamentos, exames e viagem;

j) a cirurgia ocorreu sem a necessidade de transfusão sanguínea e se utilizou de técnicas cientificamente reconhecidas e disponíveis no sistema de saúde.

Postulou pela concessão da gratuidade judicial. Requereu a condenação da ré ao pagamento de danos morais no valor de R\$ 30.000,00 e danos materiais no valor de R\$ 36.524,90. Atribuiu à causa o valor de R\$ 66.524,90 (seq. 9.1) e juntou documentos (seq. 1.2/1.26).

À seq. 11.1, foi deferida a gratuidade da justiça.

Citada, a UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA apresentou contestação à seq. 19.1, alegando, em resumo, que:

a) a autora já estava em acompanhamento no Hospital do Câncer de Londrina (Dr. Bruno Zocoli) e aguardava a realização de cirurgia em casa. Devido a piora da acuidade visual, acabou sendo internada no Hospital de Cambará e transferida ao Hospital Universitário de Londrina;

b) no dia 03/08/2016, a autora foi submetida ao exame de ressonância magnética recebendo o diagnóstico de crâniofaringioma, além de passar pela equipe de endocrinologia, que solicitou exames específicos para melhor avaliação do caso;



c) segundo o médico residente Dr. Felipe Ferreira da Silva, também da neurocirurgia, por necessitar aguardar o resultado dos exames e equipamento (neuronavegador) para a realização do procedimento cirúrgico, a paciente recebeu alta no dia 04/08/2016, com carta para retornar no dia 09/08/2016, o que contraria o alegado na exordial;

d) no dia 09/08/2016, quando foi novamente internada para programar a data da cirurgia, ao ser abordada quanto à possível necessidade de transfusão de sangue, a paciente se manifestou contrária à reposição sanguínea por ser Testemunha de Jeová;

e) o caso gerou grande preocupação, pois a cirurgia não poderia ser realizada sob condições não ideais, expondo à risco a vida da paciente, já que a cirurgia trazia possibilidade de sangramento por ser o tumor invasivo e estar localizado próximo de grandes vasos;

f) em 25/08/2016, houve uma reunião entre os representantes da autora com a Diretora Clínica do Hospital, o médico neurocirurgião, Dr. Marcos Henrique Lima Galles, o responsável pela Chefia do Centro Cirúrgico, Dr. Silvio Henrique de Almeida, e o advogado do Hospital, Dr. Renato Tavares Yabe;

g) o médico neurocirurgião, Dr. Marcos Galles, afirmou que *“pelas características do tumor, seria pouco provável que não ocorresse sangramento durante o intraoperatório, e deixou claro que a cirurgia não poderia ser realizada no Hospital demandado sem a garantia de uma possível transfusão sanguínea”*;

h) a equipe de médicos anestesistas do HU se posicionaram contra a realização da cirurgia sem a garantia da transfusão, o que foi confirmado pelo Dr. Silvio Henrique de Almeida, responsável pela Chefia do Centro Cirúrgico;

i) *“os representantes da paciente sugeriram que o Hospital poderia utilizar um aparelho que permitisse a reutilização do próprio sangue da paciente (chamado Cell Saver), e se colocaram à disposição para trazerem tal aparelho para o Hospital. Todavia, a opinião da equipe de Neurocirurgia permaneceu a mesma. O cirurgião sequer tinha experiência no uso do equipamento a ponto de não expor a risco a vida da paciente”*;

j) foi de concordância geral que a medida mais adequada naquele momento era encontrar um hospital que aceitasse fazer a cirurgia da autora nas condições por ela exigidas, restando acordado que tanto o Dr. Marcos quanto os representantes da autora tentariam contato com esses hospitais para disponibilizarem uma transferência;

k) houve negativa de Hospital localizado em Belo Horizonte, sendo o caso recolocado na Central Estadual de Leitos para regulação para outro hospital;

l) *“foi-lhes explicado que, enquanto isso, a paciente poderia ser mantida internada. No entanto, também foi enfatizado que o melhor seria que a transferência ocorresse logo ou que a paciente, que*



*oferecia condições clínicas para tal, aguardasse a resolução fora do ambiente hospitalar, para evitar colonização bacteriana secundária desnecessária que, futuramente, poderia prejudicá-la no pós-operatório”;*

m) a autora pediu alta hospitalar no dia 20/09/2016, sendo registrado em seu prontuário que teria sido encontrado um hospital em São Paulo com disponibilidade de realizar a cirurgia;

n) a autora compareceu ao retorno do ambulatório de Endocrinologia no dia 09/11/2016, referindo ter sido submetida a procedimento cirúrgico na cidade de Araçatuba no dia 15/10/2016, com conclusão diagnóstica de macroadenoma hipofisário;

o) o Hospital Universitário jamais desrespeitou as convicções religiosas da autora;

p) se a autora optou por atendimento particular, deve arcar com sua escolha. Todas as despesas realizadas como forma de acesso ao serviço privado não comportam restituição, pois decorreram de opção da parte em buscar o atendimento na rede privada.

Pugnou pela improcedência dos pedidos iniciais. Trouxe documentos (seq. 19.2/19.23).

Impugnação à contestação apresentada à seq. 23.1.

Intimadas para especificação de provas, pugnou a ré (seq. 29.1) pela produção de prova oral, documental e pericial. A autora, de sua vez, postulou (seq. 30.1) pela produção de prova oral.

As partes especificaram suas provas.

Ouvido, o MINISTÉRIO PÚBLICO absteve-se de atuar no feito (seq. 33.1).

Sobre o despacho de seq. 36, manifestou-se a parte autora à seq. 37.

O feito foi saneado à seq. 42, ocasião em que foram fixados os pontos controvertidos da lide e deferida a produção de prova oral e documental.

Nas audiências que se seguiram (seqs. 65, 67, 83, 84 e 186) foi colhido o depoimento pessoal da autora e ouvidas as testemunhas/informantes arrolados pelas partes.

À seq. 78 vieram aos autos os documentos requisitados em saneamento.

O pleito de seq. 129 foi parcialmente acolhido à seq. 137.

À seq. 170 foi julgada preclusa a oportunidade de oitiva de testemunha por carta precatória.

A parte autora juntou documentos à seq. 183.

As partes apresentaram suas alegações finais às seqs. 191 e 194.

Vieram os autos conclusos.



É o relatório.

Decido.

## II. FUNDAMENTAÇÃO.

II.I. Trata-se de AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS proposta por CRISTIANE APARECIDA FRANÇA, qualificada nos autos, em face da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, também qualificada, objetivando a condenação da ré ao pagamento de danos materiais e morais.

II.II. Inexistem questões preliminares pendentes de solução.

II.III. No mérito, os pedidos são parcialmente procedentes.

Para essa conclusão, necessária se faz a análise de dois períodos distintos:

a) o primeiro, de 30/08/2016 a 04/08/2016, relacionado à primeira internação da autora junto ao Hospital Universitário (HU), período que abrangeu a frustração da cirurgia agendada para o dia 04/08/2016 e subsequente alta hospitalar;

b) o segundo, de 09/08/2016 a 20/09/2016, que abrangeu a segunda internação da parte e sua manutenção em ambiente hospitalar por aproximadamente 40 dias, até a sua alta, assinada “a pedido” dia 20/09/2016.

II.III.I. Vejamos, inicialmente, o período de 30/08/2016 a 04/08/2016.

Segundo a prova dos autos, a autora foi internada junto ao Hospital Universitário vinculado à UEL no dia 30/07/2016 (seq. 1.6), sendo diagnosticada com tumor na hipófise, com perda de acuidade visual.

Conforme se vê do prontuário de “*evolução clínica*” encartado à seq. 19.18, a autora estava sendo atendida pela equipe médica do Instituto de Câncer de Londrina – ICL, sendo encaminhada ao HU pela Central Estadual de Regulação. Vê-se do documento a seguinte anotação, manuscrita em 31/07/2016:

“*Paciente com (ilegível) de tumor de região (ilegível), assistida inicialmente no ICL onde aguardava para tratamento cirúrgico, refere que evoluiu com piora da acuidade visual sendo encaminhada pela central para avaliar possibilidade de internação em nosso serviço*”.

A documentação anexada à seq. 1.8 comprova que a autora estava sendo preparada para se submeter à cirurgia no dia 04/08/2016, tanto que, no dia 03/08/2016, foram preenchidos e assinados os seguintes documentos:

a) *check list* para encaminhamento da paciente ao centro cirúrgico;

b) ficha pré-anestésica;



c) termo de consentimento livre e esclarecido.

O documento denominado “*Prescrição Médica: 03/08/2016*” traz, ainda, a seguinte anotação, lançada à mão nos itens 13 e 14: “*hidrocortisona 100mg EV na indução – anestésico e, após cirurgia, 50mg EV 8/8h*” (destaquei).

Ocorre que a cirurgia, por motivos que não foram esclarecidos nos prontuários e demais documentos médicos encartados aos autos, acabou não se realizando. O documento de “*evolução clínica*” anexado à seq. 19.19, por exemplo, limita-se a informar o seguinte:

“04/08/2016 – *Paciente relata ter passado bem o período. Refere ansiedade pela cirurgia.*

- *A cirurgia foi cancelada hoje e há probabilidade de a paciente ir de alta pela clínica responsável*” (destaquei).

O documento denominado Anexo 8, encartado à seq. 1.9, traz, ainda, as seguintes informações:

“04/08/2016 - *Prescrição de Enfermagem - Informa que a paciente recebeu alta, mas não diz o motivo*” (destaquei).

Em seu depoimento pessoal, esclareceu a autora que já estava vestida com as roupas apropriadas para cirurgia quando o anestesista lhe informou que o procedimento não se realizaria porque a autora, por professar a fé das Testemunhas de Jeová, não aceitaria receber transfusão de sangue, se fosse necessária.

No mesmo sentido foi o depoimento prestado pela informante Luiza Le Senechal Souza (seq. 65.4), que acompanhava a autora no HU. Segundo asseverou, o anestesista teria barrado o ato logo depois de receber a informação de que a autora seria Testemunha de Jeová e não aceitaria ser transfundida, situação que, segundo lhe explicou o profissional, inviabilizaria uma cirurgia daquele porte. Lembrou-se que nesse momento uma das enfermeiras teria dito “- *agora deu bode*”, solicitando, logo depois, que a autora retirasse as roupas da cirurgia.

Nesse ponto, a falha nos serviços prestados pela UEL, ao menos no campo organizacional, resta clara, vez que a religião da autora não havia sido em nenhum momento ocultada. Ao contrário. O HU /UEL tinha ciência - ou ao menos deveria ter - da opção religiosa da autora desde o seu ingresso no ambiente Hospital Universitário. Note-se, a propósito, que a “*Ficha de Atendimento Ambulatorial – Urgência*” anexada às seqs. 1.6 e 19.18, primeiro documento que o Hospital preenche quando do ingresso do paciente, indicava o fato no campo “*ESTADO CIVIL / RELIGIÃO*”, local onde fora aposta a seguinte anotação: “*CASADO – TESTESMUNHA D*” (destaquei).

Em audiência, ao ser confrontado sobre essa anotação, o Médico Marcos Galles (seq. 185) respondeu:

“*É... (...). Sim (...). Não escreveu Jeová, mas subtende-se. Eu não me atentei*”.



Ora, o cancelamento repentino de uma cirurgia que poderia evitar a cegueira da parte autora, quando motivada pela desorganização dos serviços prestados pela parte ré, comunicada no dia do procedimento, após 05 (cinco) dias de espera em ambiente hospitalar, encontrando-se a autora em estado de “*ansiedade*” anotado em prontuário médico, acarreta, por claro, danos extrapatrimoniais que merecem a devida indenização.

Não há que se falar, porém, tenha sido a cirurgia cancelada por eventual preconceito religioso, como quer a parte autora. Parece evidente que, se alguma variante do ato cirúrgico tem que ser alterada de última hora, o procedimento deve ser totalmente repensado e reorganizado pela equipe médica, evitando-se danos inesperados à paciente.

Em seu depoimento judicial, o Médico Marcos Galles (seq. 185) deixou essa questão muito bem esclarecida. Segundo enfatizou, a informação recebida de última hora, de que a autora não aceitaria eventual transfusão sanguínea, demandava a suspensão do ato para que fosse reorganizado, até porque se tratava de um tumor benigno que possuía crescimento lento, mas que estava localizado em uma região muito delicada e extremamente vascularizada. Conforme destacou, eventual lesão na carótida da paciente, durante o ato cirúrgico, poderia leva-la a óbito, se obstada a transfusão. Esclareceu, ainda, que, naquele momento, não havia empecilhos para a “*alta*” médica, pois o tumor já estava instalado há muitos anos, com crescimento extremamente lento. Razoável, então, que se aguardasse os próximos passos fora do ambiente hospitalar.

Essa versão é consonante àquela prestada pelo Médico Marcio Francisco Lehmann (seq. 83.4). Em seu depoimento judicial, destacou o profissional que, num primeiro momento, o quadro da autora não era condizente com a urgência informada pela Central de Regulação, razão pela qual puderam organizar o ato cirúrgico com mais calma.

Mas, o fato é que, dias depois da primeira alta, a autora sentiu uma piora em sua acuidade visual, fazendo com que voltasse ao HU/UEL no dia 09/08/2016. E essa piora, de difícil confirmação médica através de exames, acabou por alterar o *status* de sua enfermidade, que passou a ser tratada como uma questão de urgência médica, dado o risco de “*cegueira súbita*”.

II.III.II. Nesse segundo período, que vai de 09/08/2016 a 20/09/2016, sustenta a autora ter sofrido lesões diversas aos seus direitos fundamentais, pelos seguintes motivos:

a) negativa de tratamento pelo nosocômio, motivada por questões religiosas, especialmente após a apresentação de instrumentários e maquinários que poderiam substituir a necessidade de transfusão sanguínea;

b) ter sofrido, ao longo de aproximadamente 40 dias de internação, chacotas dos profissionais ligados ao HU, que, segundo afirma, desrespeitavam a sua opção religiosa;

c) o fato da ré, além de se recusar a lhe operar, não se empenhar na sua transferência para outro Hospital Terciário, negar-se a lhe dar “*alta*” e, se não bastasse, pressioná-la a pedir a própria “*alta*”, isentando-se, assim, de qualquer responsabilidade.



Vejamos, então, cada um desses fatos, com base no material probatório amealhado aos autos.

Como se viu, 04 dias após a primeira alta, a autora sentiu uma piora em sua acuidade visual, fazendo com que buscasse novamente os serviços do Hospital Universitário.

Ocorre que a autora, por professar a fé das Testemunhas de Jeová, recusa-se a se submeter à transfusão de sangue. Estava consciente e esclarecida, no entanto, dos riscos da cirurgia, e pretendia prosseguir com o tratamento, assumindo o risco de eventual óbito, caso o procedimento cirúrgico caminhasse para necessidade de transfusão.

Doutro lado, os médicos vinculados ao HU, embora reconhecessem que o risco de eventual transfusão sanguínea fosse baixo, ele inegavelmente existia, especialmente em razão do tumor estar localizado próximo à artéria carótida. Eventual lesão, então, caso não dispusessem da opção de transfundir, seria fatal. E, apoiados nos ditames de suas consciências, negavam-se a serem os “facilitadores” de eventual óbito, até porque, apesar do risco de “cegueira súbita”, a evolução do quadro para pior poderia tardar a ocorrer.

Vejamos como os profissionais que atuaram no caso concreto enxergavam a opção de prosseguir com o ato cirúrgico, sem a possibilidade de transfusão sanguínea, no caso de eventual emergência.

Em seu depoimento, destacou o Médico Marcos Galles (seq. 185):

*“(...) eticamente ficava muito complexa a situação, né? Porque, então você vai para casa e boa sorte? Não, não é assim... A gente está disposto a trata-la, mas a senhora tem que estar ciente de que se acontecer uma tragédia, a senhora vai tomar sangue. – ‘Não, não aceito isso, prefiro morrer’... Mas é muito ruim para mim perder uma paciente na mesa, por uma opção... Eu respeito todas as religiões (...) Eu sou totalmente a favor da pessoa ter uma crença (...). Só que isso não pode matar o meu doente (...). Senão eu poderia estar aqui hoje porque eu não transfundi. Isso para mim é muito pior (...) A gente tinha todos os recursos para trata-la (...). Eu não podia abrir mão de salva-la frente a uma situação (...) Eu iria matar a paciente se eu lesasse a carótida dela (...) Eu não aceito não fazer todo o possível pelo paciente (...) Ela não estava com câncer terminal, a pior coisa era ficar cega, mas viva (...) A opção de preferir morrer a custo da minha cirurgia? E como é que fica eu em frente a minha religião? (...) Eticamente é muito complicado (...). Eu posso abrir mão da minha vida? (...) A gente tem que esperar o melhor e estar preparado para o pior, então... (...) Nós não estávamos muito confortáveis em correr o risco e levar uma moça tão jovem a morrer ou ficar com uma sequela grave por conta disso”.*

No mesmo sentido se posicionou o Médico Marcio Francisco Lehmann (seq. 83.4), chefe do setor de neurocirurgia do HU:

*“Para mim é um absurdo (...), um risco inaceitável. (...) Eu não conseguia aceitar eu ser o facilitador da morte dela (...). Mas ninguém foi proibido de fazer (...). Nós pedimos a possibilidade de transfusão, o direito de reagir (...). Carótida, quando sangra, sangra aos litros (...) E eu vou assistir ela morrer? Eu não consigo. Eu não estudei para isso (...). Nós nunca fechamos as portas para ela (...). Só não foi possível atende-la dentro da lógica que ela queria”.*



De pronto se vê os profissionais ligados à UEL em nenhum momento ignoraram a opção religiosa da parte autora. Ao contrário, respeitaram o direito da paciente de se negar à eventual transfusão sanguínea. Posicionaram-se, somente, no sentido de que as suas opções existenciais, de não se colocarem na posição de assistir, inertes, ao óbito da autora em caso de emergência cirúrgica, deveriam ser igualmente respeitadas.

Depois de instalado impasse, que obstava o ato cirúrgico, passou a autora a ser assistida, durante o período de internação, pelo pessoal ligado à COLIH (Comissão de Ligação com Hospitais para Testemunhas de Jeová), que optou por solicitar uma reunião com a Diretoria do HU.

Nessa reunião, em que a COLIH foi representada pelo informante Oison Cavalari (seq. 65.6), e que estiverem presentes, além de advogados, os Médicos Susana Lilian (seq. 83.2), Marcos Galles (seq. 185) e outros 02 médicos residentes, foram apresentadas opções cirúrgicas várias, que poderiam, na visão dos representantes da autora, substituir a transfusão sanguínea.

O resultado dessa reunião parece, no entanto, ter deixado impressões diferentes aos seus diversos participantes.

O informante Oison Cavalari (seq. 65.6), por exemplo, afirmou em Juízo que, ao final da reunião, o Médico Marcos Galles, depois de cientificado das opções cirúrgicas apresentadas pela COLIH, dentre elas a possibilidade de utilização do aparelho Cell Saver (aparelho que coleta e filtra a sangue do campo cirúrgico e o reintroduz no paciente, fazendo, em palavras simples, uma espécie de transfusão com o próprio sangue do paciente), afirmou-lhe que faria o procedimento (“- *Dr. Marcos se propôs a operar, ele tava convicto, ele queria operar. Os residentes também*”). Acrescentou, no entanto, que o Dr. Galles acabou por, mais à frente, mudar o seu posicionamento depois de conversar com o Médico Márcio Lehmann, que não havia participado da reunião por estar de férias.

Vale destacar, no entanto, que, embora tenha o informante Oison Cavalari alegado que o Médico Marcos Galles se comprometera a fazer a cirurgia ao final da reunião, não foi essa a informação que a informante Luiza Le Senechal Souza (seq. 65.4) afirmou ter recebido da COLIH. Em seu depoimento prestado à seq. 65.4, informou a acompanhante da parte autora que, apesar de não ter participado da reunião, soube que não houve qualquer espécie de acordo.

A recusa por parte dos profissionais do HU, ao final da reunião, foi confirmada, ainda, pela Médica Susana Lilian (seq. 83.2), que afirmou ter indagado ao Dr. Galles sobre a eficácia das alternativas apresentadas, ocasião em que ele teria lhe dito: “- *Há chance de sangrar e se sangrar vai precisar de transfusão*”. Pelo que conversaram, o Dr. Galles queria realmente operar e ajudar a parte autora, mas desde que tivesse a sua disposição a possibilidade de transfusão sanguínea.

Quando ouvido em Juízo, o Médico Marcos Galles (seq. 185) confirmou o seu interesse em fazer a cirurgia, destacando que o equipamento Cell Saver poderia até ajudar, e era ótimo em cirurgias que não colocassem a carótida em risco, mas não evitaria, nesse caso específico, o óbito da paciente:



“ - Mas eu afirmo, com a minha experiência que uma lesão de carótida, operando pelo nariz, não dá tempo. Esses recursos não salvam o paciente. Eu já tive lesão de carótida e, assim, é uma situação extremamente dramática. Em 01 (um) minuto sangra praticamente toda a volemia do paciente”.

Ainda sobre o aparelho Cell Saver, acrescentou:

“- Ajuda, já utilizei uma vez, mas, numa situação dramática, você tem que ter a opção de... isso que é uma coisa que a gente não abriu mão. A gente estava disposto a usar, mas, um sangramento da carótida agudo, não segura. Assim, em 01 minuto sangra toda a volemia da paciente”.

No mesmo sentido posicionou-se o Médico Marcio Francisco Lehmann (seq. 83.4), destacando a violência da vazão sanguínea nos casos de lesão da carótida, e a insuficiência do aparato Cell Saver nessas situações: “- O sangramento (...) você perde litros (...) você tem poucos minutos para reagir a isso”. Acrescentou, no ponto, que o inconformismo da COLIH em relação à recusa dos médicos ligados à UEL advinha, em parte, do desconhecimento das especificidades da área médica e do ato cirúrgico enquanto procedimento técnico de alta complexidade: “Há um limite da parte técnica deles (...) É inviável nesse caso em questão”.

Também o aparato denominado Neuronavegador, igualmente apresentado pela COLIH, não eliminava, segundo os profissionais vinculados ao HU, a necessidade de transfusão de sangue, em eventual emergência cirúrgica.

Quando indagado a respeito, o Médico Marcos Galles (seq. 185) explicou que não se vale da técnica da neuronavegação nesse tipo de cirurgia. Quando perguntado, então, sobre o motivo pelo qual o cirurgião de Araçatuba, que operou a autora após a sua saída do Hospital Universitário, valeu-se desse método, explicou, depois de analisar a documentação anexada à seq. 183, que ele assim o fez porque optou pela técnica microscópica, onde o neuronavegador se mostra importante. Acrescentou, porém, ser especializado na técnica endoscópica. Indagado, então, sobre a eventual superioridade entre as técnicas, respondeu ser uma questão de preferência do cirurgião, enfatizando, porém, a existência de leituras no sentido de que a técnica endoscópica se apresenta, atualmente, como uma espécie de evolução da técnica microscópica, trazendo o dado de que, do que imagina, atualmente, a cada 100 cirurgias de hipófese, 95 são realizadas pelo método endoscópico.

Insistiu, porém, no risco de perda sanguínea, afirmando que o profissional que operou a autora em Araçatuba provavelmente aceitou esse risco e acabou fazendo uma cirurgia de sucesso. Chamou a atenção do Juízo, no entanto, para o fato de que a documentação médica que lhe fora apresentada deixava a mostra que o cirurgião de Araçatuba sabia e reconhecia o risco de sangramento, tanto que deixou de preencher, no documento denominado Checklist Cirurgia Segura, anexado à seq. 183.2, a pergunta “Há risco de perda sanguínea: \_\_\_ Sim (acima de 500ml no adulto ou 7ml/Kg em crianças) \_\_\_ Não”.



Do que se viu até o momento, é de se concluir que, embora o risco da autora ter de se submeter à transfusão de sangue durante o procedimento cirúrgico fosse baixo, e as alternativas apresentadas pelo COLIH auxiliassem na redução desses riscos, eles inegavelmente existiam e eram capazes de levar a autora a óbito no caso de eventual lesão à artéria carótida.

Resta saber, então, se houve omissão por parte dos profissionais da UEL em fornecer o tratamento adequado à autora, e, mais, se estariam aqueles profissionais obrigados a, em respeito ao posicionamento religioso da paciente, realizar o procedimento cirúrgico mesmo com o risco de óbito, e sem a opção de salvá-la através do método da transfusão sanguínea.

Parece-me que, no caso concreto, onde o risco de óbito era presente, a resposta se mostra negativa.

O respeito à dignidade da pessoa humana e as suas opções existenciais, no caso, fala não só com a liberdade religiosa da parte autora em optar por não se submeter a procedimento que viole as crenças, mas também com o médico, que possui direito à objeção de consciência. É o que preceitua o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina vigente à época dos fatos (Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009):

*“Capítulo II*

*Direitos dos médicos*

*É direito do médico:*

(...)

*IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”.*

Mas, se todos os médicos capacitados ao ato cirúrgico vinculados à UEL optaram pela objeção de consciência, cabe analisar se:

a) era a UEL, em respeito ao direito à saúde previsto constitucionalmente, obrigada a contratar profissional disposto à realização do procedimento ou a mesmo custear o tratamento particular, como quer a autora;

b) se negativo o item “a”, quais eram, então, as obrigações da UEL, enquanto pessoa pública, diante da situação concreta.

O primeiro ponto me parece negativo.

Se não houve ato ilícito por parte dos profissionais vinculados à UEL em se valer da objeção de consciência, não há que se falar, ao menos nesse aspecto, em responsabilidade. Eventual direito da autora em ter o seu tratamento de saúde prestado com respeito as suas opções religiosas, portanto, deveria ser exigido do Estado, e não da UEL, enquanto ente da Administração Indireta.



É o que diz a Constituição Federal:

*qt. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.*

(...)

*Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.*

Estabelece a Constituição Federal um regime de cooperação entre União, Estado e Municípios, que concorrem solidariamente para incrementar o atendimento à saúde. Para se desincumbir de seu encargo, pode o Poder Público, por certo, valer-se de entes da Administração Indireta, como o HU/UEL; esse fato, porém, não retira do Poder Público a obrigação prestacional de garantir o direito à saúde da população.

Nesse sentido corre a Lei nº 8.080/90:

*“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.*

*§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.*

*§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.*

(...)

*Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).*

*§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.*

*§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”.*



Se não houve, assim, ato ilícito por parte da ré, fazendo com a obrigação de prestar amplo atendimento à autora fosse devolvida ao Estado (CF, art. 196), quais seriam, então, as obrigações da UEL enquanto autarquia pública, no caso concreto?

Ao que me consta, seriam duas:

a) comunicar ao Estado da existência de paciente que necessitava de tratamento, instando-o a cumprir seu dever constitucional de garantir o direito à saúde, o que, na prática, foi cumprido através da comunicação da situação da paciente à Central de Regulação Leitos, órgão que possui competência para providenciar a transferência da paciente para outro hospital de alta complexidade;

b) providenciar a transição segura da paciente, na forma exigida pela Resolução CFM nº 1.931/09.

Pois bem.

Em se tratando de atendimento realizados através do SUS, a transferência de pacientes se dá através da Central de Regulação de Leitos, organizada pela Portaria nº 1.559/2008, do Ministério da Saúde, que atribui à União, Estado e Municípios as competências regulatórias, através de Complexos Reguladores, a saber:

*“Art. 9º - O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos:*

*I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.*

*II - Complexo Regulador Regional:*

*a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado;*

*b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e*

*III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.*

*§ 1º O Complexo Regulador será organizado em:*



*I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;*

*II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e*

*III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.*

*§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.*

*§ 3º A operacionalização do Complexo Regulador será realizada em conformidade com o disposto no Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, acessível na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>".*

No caso, a submissão do caso da autora às Centrais de Regulação resta assente dos autos, e foi confirmado por todos os informantes inquiridos em Juízo. O próprio representante da COLIH, que auxiliava a autora na relação com os médicos, destacou ter contatado a Central de Regulação e falado com uma pessoa chamada Deise, que lhe informou que o nome da autora estava na fila e que fila "iria andar". Eventual deficiência dos serviços prestados pela Central de Regulação não pode, assim e com já se viu, ser atribuída à UEL, devendo ser exigida de quem de direito.

O médico Marcio Francisco Lehmann (seq. 83.4), a propósito, trouxe interessante ponderação a respeito dos esforços da UEL em relação à transferência da autora. Quando arguido sobre o empenho dos profissionais da UEL em relação aos contatos com a Central de Regulação, destacou que a conduta não faz parte da rotina de quem trabalha no HU, pois não possuem condições de estabelecer preferências entre pacientes que se encontram no hospital e na rede de regulação como um todo, prestigiando uns em detrimento de outros, pois se assim o fizessem, acabariam por modificar a lógica e os objetivos das Centrais de Regulação: "*- Eles tem médicos 24hs por dia monitorando essas situações (...) Se cada um resolver pressionar a central, vai subverter. Esse hábito não existe*".

Quanto à "transição segura" da paciente, fala a questão com o período em que a autora permaneceu em internamento hospitalar. Diz, nesse ponto, o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, vigente à época dos fatos (Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009):

*"Capítulo V*

*Relação com pacientes e familiares*

*É vedado ao médico:*

*Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.*



*§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder”.*

Ao que parece, a ausência de alta médica, até o encontro de local apto à realização da cirurgia, acabou proporcionar à autora sua estada em ambiente seguro, diante da doença que lhe acometia.

No ponto, quando indagados sobre os motivos pelos quais a autora não teve alta médica numa realidade em que os profissionais vinculados ao HU não fariam a sua cirurgia, explicaram os profissionais que existia um risco real de cegueira súbita, e, portanto, poucos critérios para alta médica. A autora, porém, não necessitava de medicação de uso contínuo, razão pela qual continuava no leito hospitalar aguardando transferência ou mesmo a imediata realização da cirurgia, caso anuísse à possibilidade de transfusão. Daí porque tinham por rotina indaga-la se persistia nas suas intenções. Nessa questão, todos os médicos inquiridos foram uníssonos em afirmar ser muito comum que o paciente, que num primeiro momento nega o tratamento, mudar de ideia ao longo dos dias, e, se ela o fizesse, estariam prontos a lhe ajudar.

Outro ponto trazido em audiência pelo Médico Marcio Francisco Lehmann (seq. 83.4) merece o devido destaque. Segundo o profissional, além da alta médica não ser recomendável em razão risco de “*cegueira súbita*”, pesava o fato da autora perder a sua posição na fila de cirurgias do SUS. Em razão disso, os profissionais ligados à UEL optaram por uma postura protetiva, cumprindo sua obrigação de providenciar a transição segura da paciente. Confira-se o que disse, a esse respeito, o Dr. Márcio Lahmann:

*“- Ela estava aguardando uma cirurgia a ser realizada a qualquer momento (...). A preocupação maior (...) é que o sistema é um sistema sobrecarregado, são poucos hospitais que são capazes de realizar cirurgias complexas como essa. Se ela ‘fosse de alta’, ela poderia levar 06 meses, 01 ano para conseguir entrar no hospital de novo. Então, assim, se ela caísse no sistema ambulatorial, ela poderia se perder completamente. Nós chegamos a ter fila de espera em algumas áreas de neurocirurgia de 02 anos. Então, assim, o fato dela estar lá dentro, estar com tudo organizado para uma cirurgia, a gente achou uma temeridade ela perder essa oportunidade (...) Uma vez que ela entrou, vamos tentar ajudar ela. Esse era o objetivo dela permanecer lá. Se ela saísse, ela vai para fila (...) Ela só estava lá esperando a cirurgia (...) A existência da fila é estrutural”.*

Justificada a questão da alta, presente se mantinha o impasse: enquanto a autora pretendia ser atendida na área médica com respeito as suas opções religiosas, os médicos vinculados ao HU, valendo-se de sua objeção de consciência, recusavam-se a fazê-lo nas condições exigidas pela paciente, razão pela qual inseriram seu caso na Central de Regulação de Leitos. Mas, como a dificuldade de transferência, diante da complexidade da situação, era assente, a situação se prolongou por 40 dias...

E, durante esse período, disse a autora ter sido alvo de chacotas diversas, sendo, ainda, pressionada a pedir a própria alta.



A questão, aqui, é delicada e deve ser analisada com a consciência de que, àquela altura, a autora se encontrava esgotada emocionalmente, sentimento que pode ser estendido a todos que lhe acompanhavam. Natural que assim o fosse, dado o risco de cegueira súbita, a ausência de tratamento cirúrgico e as dificuldades de transferência para outro hospital de alta complexidade, considerada a peculiaridade da situação.

Nesse ponto, questiona a autora a postura dos médicos, do corpo de enfermagem e da assistente social que acompanhou a sua situação.

Em relação aos médicos, centram-se as alegações na postura adotada pelos Médicos Marcio Francisco Lehmann e Luiz Daniel Penzo. Em seu depoimento pessoal, afirmou a autora que os médicos não chegaram a lhe ofender com palavras, mas percebia neles um certo “*ar de deboche*”: “- Não falavam, mas era como se fosse”.

Em seu depoimento, o médico Marcos Galles (seq. 185) reconheceu que, em razão do impasse estabelecido, a “*a relação médico-paciente ficou péssima*”. Referia-se à frustração, de ambos os lados, que não cediam em suas convicções existenciais, e o resultado era a postergação do ato cirúrgico, gerando ansiedade e desgaste emocional.

Diante da tão delicada situação, parece-me absolutamente inseguro render-se a afirmação da existência de “*ares*” de deboche, dado o subjetivismo que essas impressões traduzem. O que a autora interpretou como “*ar de deboche*” pode, por certo, refletir sentimentos outros, que as pessoas manifestam de acordo com as suas próprias particularidades. O Médico Marcos Galles, em seu depoimento, referiu que situação também gerava grande frustração e ansiedade ao corpo de médicos, pois tinham condições técnicas de ajudar a paciente, mas não sob a lógica procedimental que ela exigia: “*A gente estava sofrendo com situação*”.

Fatos mais concretos, que escapam ao subjetivismo, porém, foram apresentados pelo informante Oison Cavalari (seq. 65.6) em relação ao Médico Marcio Francisco Lehmann. Segundo o informante, seria esse profissional o responsável por convencer o Médico Marcos Galles a não realizar a cirurgia e, também, em trabalhar para dificultar a transferência da autora para outros estabelecimentos médicos, como a Santa Casa de Londrina.

O primeiro argumento, já se viu acima, não condiz com o que disseram os Médicos Marcos Galles e Susana Lilian, e com a versão apresentada pela acompanhante da autora, Sra. Luiza Le Senechal Souza.

Quanto ao segundo argumento, de que o Médico Marcio Lehmann teria, imbuído de suposto “*preconceito religioso*”, dificultado a transferência da autora, não soa, com o devido respeito, coerente com a situação concreta vivenciada pelas partes. Ora, se o Dr. Márcio Lehmann se incomodava tanto com a presença da paciente junto ao HU, trabalharia, por certo, para obter a sua rápida transferência para outro estabelecimento, e não o contrário... Demais disso, é de se convir que as afirmações do informante,



nesse ponto, partem, também, de impressões subjetivas, mas que, no caso concreto, não parecem corresponder à preocupação demonstrada pelo Médico no que se refere à alta médica e a posição da autora na fila de cirurgia do SUS, acima detalhada.

Quanto à postura de parte do corpo de enfermagem e da Sra. Assistente Social que atendeu à autora nos 40 dias em que esteve internada, a situação é diferente. Aqui, tanto a autora, como a sua acompanhante, trouxeram falas e insinuações diretas, que escapam das meras impressões que carregaram em relação aos médicos.

Em seu depoimento pessoal a autora, embora reconhecesse que existiam profissionais excelentes, carinhosos e respeitosos, afirmou ter ouvido, de parte do corpo de enfermagem, as seguintes frases, (seq. 65.2):

- *“Poxa, como vocês dão trabalho, né? Vocês poderiam ter um hospital específico de vocês”.*
- *“Você está aqui ainda? Comendo à custa do Governo? (...) Hospedada num hotel cinco estrelas”?*
- *“Olha, eu não sabia que vocês, testemunhas de jeová davam tanto trabalho assim”.*

A informante Luiza Le Senechal Souza (seq. 65.4), destacou, em seu depoimento, as seguintes falas:

- *“Até quando vocês vão ficar comendo nas custas do governo? Você tem que sair daqui? Tá pensando que isso aqui é o que? É um hotel? É um SPA para você”?*
- *“Vamos levantando. Vamos levantar acampamento. Chega de ficar aqui comendo as custas do governo, chega de ficar aqui. Vocês já cansaram, vocês têm que arrumar um hospital para vocês”.*
- *“Você tá aí ainda? Não resolveram seu caso? Não foram embora?”*
- *“Prefere morrer a ser salvar pelo sangue”.*

O informante Oison Cavalari (seq. 65.6), quando ouvido, destacou que a autora e sua acompanhante reclamavam, de fato, do tratamento recebido por parte do corpo de funcionários ligados ao HU:

- *“Ela me contava assim, que eles entravam lá na sala e começavam a falar pra ela: - ‘Olha, você está aqui, tá num Hotel aí, comendo e bebendo... Se não quer operar sai, deixa o leito aí para outro paciente que precisa, pede alta hospitalar e vai embora, vai procurar um hospital particular para você se tratar’”.*

Destacou a autora, ainda, ter se sentido humilhada com a publicidade desnecessária dada pela Sra. Assistente Social vinculada à UEL no momento em que assinou a própria alta, depois de encontrar, na cidade de Araçatuba, um médico disposto a fazer a sua cirurgia. Segundo aduziu a autora, a Sra. Assistente Social, *“avisando os outros pacientes que estavam no meu quarto”*, teria dito: *“- Olha, essa*



*paciente aqui ta saindo por pedido de alta (...). - Olha, não somos nós que estamos colocando ela para fora”.*

A mesma dinâmica foi relatada pela Sr. Luiza, que acompanhava a autora, que disse ter ouvido o seguinte:

*- “Vocês são testemunhas de que a Cristiane está pedindo alta, está saindo de alta pedida, então todas vocês vão assinar como testemunha”.*

Evidente que o desrespeito demonstrado nos autos em relação às escolhas existenciais da parte autora, ainda que advindo de uma pequena parte do grande corpo de funcionários que trabalham junto à Universidade-ré, mostra-se suficiente para acarretar danos extrapatrimoniais que extrapolam o mero aborrecimento, dando azo ao dever de indenizar.

II.III.III. Em resumo, é de se concluir que:

a) tem a autora direito à tutela indenizatória por danos morais decorrentes da frustração da primeira cirurgia, cujo cancelamento lhe foi comunicado no dia do procedimento, quando já se encontrava preparada e com vestes cirúrgicas;

b) não houve ato ilícito por parte dos profissionais vinculados à ré ao se recusaram a realizar o procedimento cirúrgico sem a possibilidade de se valerem do procedimento de transfusão de sangue para o caso de eventual emergência, eis que o fizeram apoiados em legítima objeção de consciência;

c) ao optarem por não realizar a cirurgia, os profissionais vinculados à ré respeitaram a opção religiosa da parte autora, que não aceitava se submeter à transfusão sanguínea;

d) se a UEL não possuía condições de realizar a cirurgia, a responsabilidade de dar amplo tratamento de saúde à autora competia ao Estado, que teve ciência da situação concreta através da comunicação do caso à Central de Regulação de Leitos;

e) a ré cumpriu sua obrigação de providenciar a transição segura da paciente, pois a manteve sob seus cuidados até ser comunicada da possibilidade de realização da cirurgia em outro local;

f) a autora sofreu danos morais decorrentes das chacotas e demais insinuações jocosas lançadas por parte do corpo de funcionários da UEL durante os 40 dias em que permaneceu internada.

II.III.IV. Por considerar a impossibilidade de recomposição *in natura* da lesão a bens extrapatrimoniais, prevê o ordenamento que a tutela indenizatória deve considerar, para delimitação de sua extensão, a necessidade de amenização do sofrimento experimentado pelo lesado, proporcionando-lhe *“sensações positivas de alegria, satisfação (...) que, em certa medida, poderia atenuar o seu sofrimento (...)”* (Maria Helena Diniz in Curso de Direito Civil Brasileiro, 7º Volume. ed. Saraiva, p. 75).

Ao fixar valor da indenização, deve-se ter em conta, ainda, as condições financeiras do ofendido, do ofensor e o bem jurídico lesado. A indenização deve proporcionar à vítima a amenização do dano



moral na justa medida do abalo sofrido, mas o deve produzir impacto suficiente para dissuadir o agente na reiteração dos atos de igual espécie.

Tenho assim que, diante da dinâmica vivenciada pelas partes, o montante de R\$15.000,00 (quinze mil reais) se mostra suficiente para equilibrar os interesses em confronto no litígio.

Parcialmente procedentes, pois, os pedidos iniciais.

### III. DISPOSITIVO.

Diante do exposto e do mais que dos autos consta, com fulcro no art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil, julgo **parcialmente procedentes**, com resolução de mérito, os pedidos iniciais, para o fim de condenar ré a pagar à autora o valor de R\$15.000,00 (quinze mil reais) a título de danos morais, corrigido monetariamente a contar da publicação desta decisão e acrescido de juros moratórios a contar da data em que a autora ingressou no HU/UEL pela primeira vez (30/08/2016).

Para efeito de cálculo, os valores deverão ser corrigidos monetariamente pelo IPCA-e e acrescido de juros de mora pelo índice oficial de juros aplicados à caderneta de poupança (art. 1º-F da Lei 9.494 /97, com redação dada pela Lei nº 11.960/2009) a até o dia 08/12/2021. A partir de 09/12 /2021, os valores deverão ser corrigidos exclusivamente pela SELIC, à luz do art. 3º da EC 113/2021, taxa que já engloba tanto a correção monetária quanto os juros moratórios, a saber:

*“Art. 3º Nas discussões e nas condenações que envolvam a Fazenda Pública, **independentemente de sua natureza** e para fins de atualização monetária, de remuneração do capital e de compensação da mora, inclusive do precatório, haverá a incidência, uma única vez, até o efetivo pagamento, do índice da taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic), acumulado mensalmente”*

(destaquei).

Pela sucumbência, condeno a ré ao pagamento de 50% das custas e despesas processuais, ficando os 50% remanescente a carga da parte autora. Condeno as partes, ainda, ao pagamento de honorários advocatícios devidos ao Dr. Patrono da *ex adversa*, que fixo em 20% do valor da condenação, dada a complexidade da causa, a qualidade dos trabalhos apresentados e a importância dos interesses extrapatrimoniais defendidos nos autos, observada a proporção acima e vedada a compensação.

Cumram-se as disposições do Código de Normas da Corregedoria-Geral da Justiça no que for pertinente.

Sentença não sujeita à remessa necessária.

Publique-se.

Registre-se.

Intimem-se.



Demais diligências necessárias.

Londrina, data lançada eletronicamente

(assinado digitalmente)

Marcus Renato Nogueira Garcia

*Magistrado*

