

Poder Judiciário da União
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS

24VARCVBSB
24ª Vara Cível de Brasília

Número do processo: 0720639-23.2023.8.07.0001

Classe judicial: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: CAMILA CHAVES DO VAL, JULIETA MARIA DE AZEVEDO

REU: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

SENTENÇA

Vistos etc.

I – RELATÓRIO

Trata-se de Ação de Indenização por Danos Materiais e Morais interposta por CAMILA CHAVES REHN e JULIETA MARIA DE AZEVEDO em face de SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE.

Narram as Autoras (ID n.º 158896040) que são beneficiárias do plano de saúde Réu, sendo Julieta a titular e Camila sua dependente. Contam que o plano está pago em dia e que em 31/8/2022 Camila precisou internar-se com urgência no Hospital Santa Lúcia às expensas da Ré, com dor pélvica e hemorragia uterina, com necessidade de procedimento cirúrgico de emergência, que foi feito pelo hospital. Entretanto, após o procedimento o Hospital buscou a autorização definitiva da operadora de saúde, tendo sido negada. O Hospital requereu nova avaliação da cirurgia realizada na Autora em caráter emergencial, porém o plano manteve a negativa. Dessa maneira, o Hospital começou a realizar as cobranças para o pagamento de R\$ 176.019,43. Diante das cobranças, a Julieta assumiu as despesas na integralidade conforme nota fiscal.

Requerem, portanto, a condenação do Réu ao reembolso integral das despesas médico-hospitalares no valor de R\$ 176.019,43 e condenação ao pagamento de danos morais no valor de R\$ 10.000,00 para cada Autora.

Contestação apresentada sob o ID n.º 164101395, em que o Réu afirma que não houve pedido de reembolso pelas Autoras. Informa que para receber o reembolso é preciso comprovar que efetivamente despendeu o valor, informar o beneficiário e o procedimento executado, com a data da realização. Aduz que os dois médicos da junta médica concluíram pela negativa da realização de todos os procedimentos arguidos pela Autora por não haver justificativa clínica para a indicação dos procedimentos cirúrgicos avaliados e, por isso, negaram o procedimento, em obediência aos limites contratuais. Complementa que esse procedimento de escolha de médico e de um desempatador obedeceu as normas da ANS e o CDC. Ressalta, outrossim, que todos os procedimentos médicos que possuem cobertura contratual deverão ser reembolsados aos beneficiários, nos limites do contrato. Nega os danos morais, por não ter sido injustificada sua recusa.

Em réplica (ID n.º 167428707), foram rebatidos os pontos expostos na contestação.

II – DO JULGAMENTO ANTECIPADO

Procedo ao julgamento conforme o estado do processo, nos moldes do artigo 354 do CPC/2015, pois não há a necessidade de produção de outras provas.

Assim, julgo antecipadamente a lide, a teor do disposto no artigo 355, inciso I, do CPC.

Inexistindo questões prefaciais ou prejudiciais pendentes de apreciação e presentes os pressupostos e as condições indispensáveis ao exercício do direito de ação, avanço ao exame do cerne da questão submetida ao descortino jurisdicional.

III – DO MÉRITO

Estão presentes as condições da ação e os pressupostos processuais, possibilitando o julgamento do processo.

De início, cumpre observar que se aplicam ao caso os ditames do Código de Defesa do Consumidor, pois as partes se enquadram nos conceitos previstos nos arts. 2º e 3º daquele diploma legal.

Ademais, nos termos do Súmula 608 do STJ:

Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

As controvérsias cingem-se à definição de ser ou não urgente o procedimento; se sim, da comprovação dos gastos para o reembolso e de seus limites; e, por fim, se houve danos morais com a recusa da cobertura. Incontroversa a recusa.

Dos Danos Materiais

Conforme laudo médico cirúrgico, foi identificada “compressão suboclusiva da veia Renal Esquerda pela Artéria Mesentérica Superior (Síndrome de Nutcracker)”. Tal síndrome, também denominada síndrome de quebra-nozes, “é caracterizada pela compressão da veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior e aorta, como se pinçasse a veia renal obstruindo seu fluxo”[1] (<https://d.docs.live.net/b5f6fb467b98bb84/Documents/Trabalho/24%20C%C3%ADvel/0720623%20SENTEN%C3%87A%20Sa%C3%BAde%20Plano%20Negativa%20de%20cobertura%20de%20danos%20materiais%20em%20uma%20paciente%20com%20síndrome%20de%20quebra-nozes.pdf>)

Ainda conforme laudo médico cirúrgico, foi realizada uma “Angioplastia da veia renal para tratamento de Sd de Nutcracker com sucesso”.

Ademais, as guias de atendimento mostram que tanto atendimentos como procedimentos possuíam caráter de urgência / emergência (Ids n.º, 158898056, 158898057, 158898058).

Entretanto, apesar do preenchimento das guias, que delinearão o grave e urgente quadro da Autora, que apresentava, clinicamente, dores fortes e hemorragia uterina (ID n.º 158898054), todos os seus pedidos – internação, atendimento, procedimento cirúrgico – foram negados pelo plano Réu (ID n.º 158898056 a 158898059). Houve pedido médico com relatório detalhado para nova avaliação da cirurgia (ID n.º 158898060 e 158898061) em 27/2/2023, em vão.

O médico que efetivamente atendeu a Autora é o Dr. Gustavo Paludetto M.D.Ph.D., angiorradiologista, cirurgião endovascular, radiologista intervencionista e angiorradiologista. Seu relatório médico aponta a urgência do procedimento e o justifica, detalhando todas as ações do médico no tratamento do problema.

Outrossim, o formulário juntado pelo Réu sob o ID n.º 164101402, em que supostamente constam a 2ª e a 3ª opiniões médicas, Dr. Alexandre Cesar Fioretti, Cirurgia Vascular e Dr. Antonio Carlos Pereira Bello, Cirurgião Vascular e Endovascular, atribui ao procedimento caráter “não urgente”, sem justificar, entretanto, tal escolha. Não há qualquer explicação / justificativa médica para tal opinião, mas apenas a “justificativa” de que “os códigos de procedimentos foram solicitados por similaridade para embolização de varizes pélvicas”.

Por fim, há que se registrar que não consta aposição de qualquer assinatura do mencionado Dr. Alexandre Cesar Fioretti no referido documento, concluindo-se pela violação da regra imposta pela ANS de que deve conter a 2ª opinião médica e, sendo discordante, a 3ª opinião a desempatar.

Quanto à urgência do tratamento, resta devidamente comprovada pelos relatórios do médico assistente do hospital que atendeu a Autora presencialmente, especialista no ramo, que detalhou e explicou os procedimentos aplicados à paciente.

Nesse sentido, a recusa injustificada de cobertura pelo plano é abusiva e indevida. Conforme disposto na Lei n.º 9.656/1998, em seu artigo 35-C, inciso I, há obrigatoriedade de cobertura nos casos de emergência, conceituada nas hipóteses em que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente.

É o caso dos presentes autos.

Nesse sentido:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO VIGENTE. TRATAMENTO INDICADO PELO MÉDICO ASSISTENTE. URGÊNCIA COMPROVADA. RECUSA INDEVIDA. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. 1. O escopo do contrato de plano de saúde é garantir ao usuário a tranquilidade de que, em casos de enfermidade, terá atendimento adequado. Tendo em vista o interesse útil do beneficiário, a ressalva quanto ao tratamento de urgência configura cláusula abusiva, por esvaziar o conteúdo da relação jurídica. 2. Lado outro, o artigo 35-C, inciso I, da Lei 9.656/98, preceitua a obrigatoriedade da cobertura nos casos de emergência, conceituada nas hipóteses em que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente. 3. Consoante se verifica dos autos principais, a autorização para o procedimento cirúrgico foi solicitada à operadora do plano de saúde em 17/06/2021 e a resposta definitiva com a autorização e glosa de parte

do material ocorreu em 20/08/2021. Portanto, o direito do autor à cobertura do tratamento se constituiu enquanto vigente o contrato e muito antes de sua rescisão unilateral, que, segundo alegações da agravante, teria ocorrido somente em 03/11/2022. 4. No que tange à alegada inexistência de urgência para o procedimento, importa salientar que está suficientemente retratada nos relatórios anexados pelo autor e emitidos pelo cirurgião e por fonoaudióloga que o assiste. 5. **Nesse contexto, a cobertura do tratamento de urgência indicado pelo médico assistente deveria ser atendida pela operadora e se mostra indissociável da sua obrigação contratual, razão pela qual a sua recusa foi indevida.** 6. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. (Acórdão 1742566, 07190855620238070000, Relator: LUÍS GUSTAVO B. DE OLIVEIRA, 3ª Turma Cível, data de julgamento: 3/8/2023, publicado no DJE: 23/8/2023. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

A Autora dispôs de meios próprios para efetivar o pagamento dos procedimentos, como se observa pela nota fiscal juntada sob o ID n.º 158898066, no valor de R\$ 176.019,43, pago pela 2ª autora JULIETA, e comprovante de pagamento (ID n.º 158898065).

O detalhamento dos gastos hospitalares consta sob o ID n.º 158898062. As cobranças recebidas pelas duas Autoras estão sob os Ids n.º 158898063 e 158898064.

Como o próprio Réu dispôs em sua contestação, o reembolso é devido às despesas comprovadamente pagas pelo usuário do plano que está com as mensalidades em dia.

Tal medida é corroborada pelos termos dispostos nas Condições Gerais do contrato firmado entre as partes, item 21:

*Reembolso é o pagamento total ou parcial dos procedimentos reembolsáveis descritos na cláusula de características essenciais de cada plano, ao **segurado titular comprovadamente pagos por ele e/ou por seus dependentes segurados**, à profissionais ou instituições que não façam parte da rede referenciada.*

Estando os gastos pagos, o plano adimplido, a justificativa da urgência e a negativa da cobertura pelo plano devidamente pagos, não resta outra medida senão a condenação do Réu ao reembolso das despesas hospitalares.

Quanto aos contornos contratuais, há que se diferenciar os casos de recusa injustificada dos casos de mero pedido de reembolso para tratamento fora da rede credenciada. Nesse sentido:

*CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CARÊNCIA. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. 24 HORAS. COOPERAÇÃO E SOLIDARIEDADE. BOA-FÉ. FUNÇÃO SOCIAL. REEMBOLSO. LIMITE. INEXECUÇÃO CONTRATUAL. REEMBOLSO INTEGRAL. DANO MORAL. CASO CONCRETO. (...) 4. Como regra, o reembolso para tratamento fora da rede credenciada do plano de saúde deve ocorrer de forma limitada, de acordo com a tabela contratual, mesmo nos casos de emergência ou urgência. De outra sorte, quando se tratar de inexecução contratual, **por recusa indevida de tratamento, o reembolso deve ser integral**, pois visa a reparação do consequente dano material suportado. (...) (Acórdão 1375759, 07220466920208070001, Relator: FABRÍCIO FONTOURA BEZERRA, 5ª Turma Cível, data de julgamento: 29/9/2021, publicado no PJe: 22/10/2021. Pág.: Sem Página Cadastrada.)*

Portanto o reembolso deve ser realizado no valor total comprovadamente pago pela beneficiária.

Dos Danos Morais

No que se refere aos danos morais, demonstra-se indene de dúvidas que os fatos narrados na petição inicial caracterizaram dano moral aos direitos de personalidade das requerentes, pois ultrapassaram os simples transtornos e aborrecimentos comuns na vida em sociedade.

Com efeito, a recusa injustificada de cobertura de tratamento urgente, em pronto socorro, causa angústia e sofrimento à Autora, que não os teria experimentado caso o serviço tivesse sido corretamente prestado.

PROCESSO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. CARÊNCIA. LIMITAÇÃO ÀS PRIMEIRAS DOZE HORAS. ABUSIVIDADE RECONHECIDA. DANO MORAL IN RE IPSA CONFIGURADO. VALOR INDENIZATÓRIO ADEQUADO. SENTENÇA MANTIDA. 1. Nos casos de urgência e emergência, o contrato de Plano Referência de Assistência à Saúde, no qual é disponibilizada a cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar do beneficiário. Inteligência do art. 5º da Resolução CONSU 13/1998. Afastada a limitação de 12 (doze) horas para o atendimento de urgência/emergência. Precedentes desta Corte e do STJ. 2. A recusa indevida do plano de saúde em autorizar a internação e o tratamento indicado por médico, em casos de urgência e emergência, revela conduta abusiva e atentatória contra o princípio da dignidade da pessoa humana, passível de compensação indenizatória por danos morais. 3. Para a fixação do valor da indenização por danos morais, deve-se considerar, além das disposições dos arts. 944 e 945, ambos do Código Civil, a função pedagógica ou educativa para futuras condutas, a não constituição do enriquecimento sem causa e os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade. 4. Apelação conhecida e desprovida. (Acórdão 1721909, 07046751520228070004, Relator: RENATO SCUSSEL, 2ª Turma Cível, data de julgamento: 21/6/2023, publicado no PJe: 13/7/2023. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

PROCESSO CIVIL. DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E LEI Nº 9.656/98. NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME (CÁPSULA ENDOSCÓPICA). ROL TAXATIVO DA ANS. VIOLAÇÃO DA BOA-FÉ OBJETIVA. RECUSA INDEVIDA. REEMBOLSO DO VALOR PAGO PELO EXAME. DANO MORAL CONFIGURADO. SENTENÇA MANTIDA. 1. O rol de cobertura mínima de procedimentos e tratamentos da ANS não é taxativo, de maneira que a seguradora deve arcar com os exames necessários e urgentes indicados pelo médico do paciente que se mostrarem indispensáveis ao seu tratamento. 2. A recusa de o plano custear o exame pleiteado pelo segurado que se encontra em situação de emergência viola a boa-fé objetiva contratual e frustra a finalidade precípua do contrato. 3. Tendo o paciente arcado com o pagamento de exame prescrito pelo seu médico, por ter o plano de saúde negado a cobertura, está configurado o defeito na prestação do serviço, o que enseja responsabilização pela despesa realizada. 4. Para o arbitramento da indenização por danos morais deve o julgador considerar os danos decorrentes da conduta reprovável, bem como as condições econômico-financeiras da vítima e do agente causador do dano. A indenização deve ser proporcional à ofensa, mediante exame do caso concreto e das condições pessoais e econômicas das partes. 5. Apelação conhecida e não provida. Maioria. (Acórdão 1427345, 07170205620218070001, Relator: FÁTIMA RAFAEL, 3ª Turma Cível, data de julgamento: 26/5/2022, publicado no PJe: 15/6/2022. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

A recusa de o plano custear o exame pleiteado pela segurada que se encontra em situação de emergência viola a boa-fé objetiva contratual e frustra a finalidade precípua do contrato. Nesse sentido, devida a compensação dos danos morais suportados pela primeira Autora.

Caracterizada a ocorrência de dano moral, impõe-se a condenação do Réu, em pecúnia, como forma de reparação do abalo por ele provocado, sem caracterizar, contudo, enriquecimento sem causa da Autora, por afronta aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

Assentadas tais premissas, considerando o nível da gravidade ocorrida, a sua extensão, a capacidade econômica das partes, a natureza do constrangimento sofrido e a finalidade punitivo-pedagógica da indenização, arbitro o quantum indenizatório no importe de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) à Autora CAMILA CHAVES DO VAL.

Portanto, há parcial procedência dos pedidos.

IV – DISPOSITIVO

[1]

(<https://d.docs.live.net/b5f6fb467b98bb84/Documentos/Trabalho/24%20C%C3%ADvel/0720639-23%20SENTEN%C3%87A%20Sa%C3%BAde%20Plano%20Negativa%20de%20cobertura%20reembolso>
Link: <https://endovascularesp.com.br/sindrome-de-quebra-nozes/>
(<https://endovascularesp.com.br/sindrome-de-quebra-nozes/>) Acesso em 5/9/2023.

Ante o exposto, **JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE** o pedido para condenar o Réu ao pagamento de R\$ 176.019,43 (cento e setenta e seis mil e dezenove reais e quarenta e três centavos), corrigidos monetariamente pelo INPC a contar do desembolso (Súmula n.º 43 do STJ) e com juros de 1% ao mês a partir da citação (mora ex persona) e para condená-lo, ainda, ao pagamento de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) a título de danos morais à Autora CAMILA CHAVES DO VAL, monetariamente corrigidos deste arbitramento (Súmula n.º 362 do STJ) e acrescidos de juros de 1% ao mês a partir da citação.

Resolvo o processo com exame do mérito, na forma do art. 487, inciso I, do CPC.

Em face da sucumbência mínima das Autoras, condeno o Réu ao pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios, esses fixados em 10% sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, § 2º do CPC/2015.

Sentença registrada nesta data. Publique-se. Intimem-se.

Brasília/DF, data e hora conforme assinatura digital no rodapé.

FLAVIO AUGUSTO MARTINS LEITE

Juiz de Direito®

Assinado eletronicamente por: **FLAVIO AUGUSTO MARTINS LEITE**

05/09/2023 12:20:54

<https://pje.tjdft.jus.br/consultapublica/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: 171001911



230905122054420000001569

IMPRIMIR

GERAR PDF