



PODER JUDICIÁRIO  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
*Gabinete Des. Evandro Magalhães Melo*

172  
70

**SEXTA CÂMARA CÍVEL**

**Recurso de Agravo na Apelação Cível nº 0053406-31.2013.8.17.0001 (0326314-5) – Recife – 29ª Vara Cível**

**Agravante:** CAMED OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA.

**Agravada:** MARIA DE FÁTIMA FERREIRA AMORIM

**Relator:** DES. EVANDRO MAGALHÃES MELO

**EMENTA:** AGRAVO LEGAL EM APELAÇÃO CÍVEL. DECISÃO TERMINATIVA. PLANO DE SAÚDE. PRAZO DE CARÊNCIA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA. CIRURGIA DE HISTERECTOMIA TOTAL. RELATÓRIO MÉDICO. ÚNICA ALTERNATIVA EFICAZ. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEEXISTENTE. AUSÊNCIA DE EXAME PRÉVIO. INEXISTÊNCIA NOS AUTOS, TAMBÉM, DE COMPROVAÇÃO DA ALEGADA ENTREVISTA QUALIFICADA. DANO MORAL. OCORRÊNCIA. QUANTUM INDENIZATÓRIO DE R\$ 10.000,00 (DEZ MIL REAIS). RECURSO DESPROVIDO. DECISÃO UNÂNIME.

**ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos do Recurso de Agravo na Apelação Cível nº 0326314-5, em que figurou como Agravante CAMED OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA. e como Agravada MARIA DE FÁTIMA FERREIRA AMORIM, ACORDAM os Desembargadores integrantes da Sexta Câmara Cível, à unanimidade, em **NEGAR PROVIMENTO** ao recurso, mantendo a decisão hostilizada. Tudo conforme a ementa e os votos que fazem parte integrante da presente decisão.

Recife, 27 de maio de 2014.

  
**Des. Evandro Magalhães Melo**  
**Relator**



**PODER JUDICIÁRIO**  
**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
*Gabinete Des. Evandro Magalhães Melo*

172  
70

**SEXTA CÂMARA CÍVEL**

**Recurso de Agravo na Apelação Cível nº 0053406-31.2013.8.17.0001 (0326314-5) – Recife – 29ª Vara Cível**

**Agravante:** CAMED OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA.

**Agravada:** MARIA DE FÁTIMA FERREIRA AMORIM

**Relator:** DES. EVANDRO MAGALHÃES MELO

**RELATÓRIO**

Cuida-se de recurso de agravo interposto por Camed Operadora de Plano de Saúde Ltda. contra decisão terminativa de minha lavra (fls. 148/151), que deu provimento parcial à apelação cível, com supedâneo no art. 557, *caput*, do CPC, apenas para reduzir a verba indenizatória para o montante de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), mantendo incólumes os demais termos da sentença *a quo*.

Irresignada com mencionada decisão monocrática, apresenta a agravante o presente agravo legal (fls. 154/162), previsto no §1º do art. 557 do Diploma Processual Civil, no qual alega a licitude da conduta da seguradora em negar o procedimento diante do não cumprimento do período de cobertura parcial temporária de 24 (vinte e quatro) meses para procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Registra a agravante que “a autora/ Apelada realizou Entrevista Qualificada, conforme exigido pela Lei 9.656/98, onde foi constatado pelo médico responsável, a existência de Doença Preexistente tal como sobrepeso, varizes em membros inferiores, presbiopia, mioma uterino, pólipos endometrial e cistos mamários bilaterais”.

Pugna, assim, pelo provimento do presente agravo, com a consequente reforma da decisão monocrática e, por entender esta Relatoria pelo acerto da decisão ora agravada, teve-se prejudicado o juízo de retratação, apresentando-se, de logo, o processo em mesa para julgamento.

É o relatório, no que, de essencial, serve a registro.

**VOTO**

Para melhor compreensão da questão trazida, tenha-se o inteiro teor da decisão hostilizada:

**DECISÃO TERMINATIVA**

Cuida-se de Apelação Cível interposta por Camed Operadora de Plano de Saúde Ltda. contra sentença da lavra do MM Juiz de Direito da 29ª Vara Cível da Comarca da Capital, que, nos autos da Ação Ordinária de Obrigação de Fazer c/c Pedido de Antecipação de Tutela e Indenização por Danos Morais nº 0053406-



**PODER JUDICIÁRIO**  
**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
*Gabinete Des. Evandro Magalhães Melo*

---

31.2013.8.17.0001, movida por Maria de Fátima Ferreira Amorim, julgou procedente a pretensão inaugural para: (i) ratificar integralmente os efeitos da tutela antecipada concedida às fls. 28/33; (ii) determinar que a seguradora arque com as despesas relativas ao procedimento cirúrgico indicado pelo médico assistente, sem qualquer limitação ou restrição; e (iii) condenar a ré ao pagamento de danos morais no valor de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais), com correção monetária e juros legais, além das despesas processuais e honorários advocatícios, estes fixados em 20% (vinte por cento) sobre o montante da condenação.

Fundam-se as razões recursais, em suma, no argumento de que a negativa de cobertura se deu em razão de o segurado ainda não ter cumprido, à época da postulação, integralmente, o período de carência 24 (vinte e quatro) meses para procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Defende, ainda, que a cláusula contratual possui amparo legal, pois de acordo com o art. 12 da Lei nº 9.656/98.

Além disso, alega a inexistência de ato ilícito, uma vez que a negativa se operou no exercício regular de direito, à vista da expressa previsão contratual, e pretende afastar a condenação por dano moral, destacando, nesse ponto, que o fato não passou de mero desconforto.

Em sucessivo, acaso mantida a condenação, pede a redução do *quantum* indenizatório.

Contrarrazões foram apresentadas às fls. 126/135, em que a autora pugna pelo improvimento do apelo.

É, em apertada síntese, o relatório.

Passamos à análise.

É forçoso reconhecer, primeiramente, que a matéria de mérito posta ao colegiado deverá ser julgada nos moldes do art. 557 do CPC, o qual prevê diversas hipóteses que, configuradas, habilitam o relator a julgar monocraticamente os recursos interpostos das decisões proferidas nas ações judiciais.

Cinge-se a controvérsia à aferição da legalidade da negativa, por parte da seguradora, de cobertura para cirurgia de histerectomia total, em decorrência do diagnóstico de miomatose uterina, adenomiose e metrorragia, tratamento reconhecido pelo médico como única alternativa eficaz para o caso especificado, consoante **Relatório Médico de fl. 20**, no qual consta que a paciente:

“Apresentou quadro de agravamento dos sangramentos não respondendo ao tratamento realizado com anticoncepcionais. No momento apresenta anemia (D G2-O), além do quadro descrito. Torna-se portanto, absolutamente necessário **cirurgia de histerectomia total, como única alternativa eficaz para o caso especificado.**” (Grifei)



PODER JUDICIÁRIO  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
*Gabinete Des. Evandro Magalhães Melo*

173  
R

A negativa foi fundada em excludente contratual, qual seja, a previsão expressa que fixa período de carência de 24 (vinte e quatro) meses para procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Pois bem.

O artigo 35-C da Lei n.º 9656/98 traz a obrigatoriedade de cobertura de atendimento nos casos de emergência e urgência. Eis o teor do dispositivo:

**“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, caracterizado em declaração do médico assistente ;**

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

Significa dizer que **a carência de 24 (vinte e quatro) meses, exigida para a cobertura do procedimento solicitado pela autora, apelada, não prevalece por força do diagnóstico de emergência**, o qual se evidencia diante do quadro de agravamento dos sangramentos, sem resposta ao tratamento usual com anticoncepcional, com quadro de anemia, sendo a cirurgia a **“única alternativa eficaz para o caso especificado.”** (fl. 20 – Relatório Médico).

Noutras palavras, mesmo que o procedimento postulado, a rigor, esteja sujeito a período de carência, como especificado em cláusula do contrato de seguro, o fato de ter sido ele prescrito em caráter de emergência chama à incidência carência de 24 (vinte e quatro) horas, nos termos do art. 12, V, “c”, da Lei 9.656/96.

Portanto, uma vez que a inclusão da apelada na apólice de seguro saúde da ré operou-se em 10.11.2012, ou seja, mais de 06 (seis) meses antes da data da negativa pela seguradora, é devida a cobertura securitária pretendida (cirurgia de histerectomia total), pois já transcorrido, de há muito, o período de 24 (vinte e quatro) horas de carência para atendimento de emergência e urgência.

No particular, colham-se os seguintes precedentes jurisprudenciais:

**“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 PREMÊNCIA, 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,**



PODER JUDICIÁRIO  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
*Gabinete Des. Evandro Magalhães Melo*

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 precípuo 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". (STJ. REsp 962.980/SP, Rel. Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 13.03.2012, publicado em 15.05.2012) (Grifei)

"DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. SITUAÇÕES EMERGENCIAIS GRAVES. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA. I - Na linha dos precedentes desta Corte, o período de carência contratualmente estipulado pelos planos de saúde, não prevalece, excepcionalmente, diante de situações emergenciais graves nas quais a recusa de cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado. II - No caso dos autos o seguro de saúde foi contratado em 27/10/03 para começar a vigor em 1º/12/03, sendo que, no dia 28/01/04, menos de dois meses depois do início da sua vigência e antes do decurso do prazo de 120 dias contratualmente fixado para internações, o segurado veio a necessitar de atendimento hospitalar emergencial, porquanto, com histórico de infarto, devidamente informado à seguradora por ocasião da assinatura do contrato de adesão, experimentou mal súbito que culminou na sua internação na UTI. III - Diante desse quadro não poderia a seguradora ter recusado cobertura, mesmo no período de carência. IV - Recurso Especial provido." (STJ. Resp. nº 1055199/SP, Rel. Ministro Sidnei Beneti, 3ª Turma, publicado em 18.05.2011) (Grifei)



PODER JUDICIÁRIO  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
*Gabinete Des. Evandro Magalhães Melo*

174  
20

“RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PRAZO DE CARÊNCIA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. APENDICITE AGUDA. CARÊNCIA CONTRATUAL. ABUSIVIDADE DA CLÁUSULA RESTRITIVA. DANO MORAL. OCORRÊNCIA. PRECEDENTES. 1. A cláusula que estabelece o prazo de carência deve ser afastada em situações de urgência, como o tratamento de doença grave, pois o valor da vida humana se sobrepõe a qualquer outro interesse. Precedentes específicos da Terceira e da Quarta Turma do STJ. 2. A jurisprudência desta Corte “vem reconhecendo o direito ao ressarcimento dos danos morais advindos da injusta recusa de cobertura de seguro saúde, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, uma vez que, ao pedir a autorização da seguradora, já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada”. (REsp 918.392/RN, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI). 3. Atendendo aos critérios equitativos estabelecidos pelo método bifásico adotado por esta Egrégia Terceira Turma e em consonância com inúmeros precedentes desta Corte, arbitra-se o quantum indenizatório pelo abalo moral decorrente da recusa de tratamento médico de emergência, no valor de R\$ 10.000, 00 (dez mil reais). 4. RECURSO ESPECIAL PROVIDO”. (STJ. REsp 1243632/RS, Rel. Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma, julgado em 11.09.2012) (Grifei)

“APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. PRELIMINAR DE CARÊNCIA DE AÇÃO AFASTADA. PEDIDO DE CUSTEIO DE DESPESAS DE INTERNAÇÃO EMERGENCIAL NEGADA PELO PLANO DE SAÚDE. PRAZO DE CARÊNCIA. URGÊNCIA CARACTERIZADA. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE ATIVA. O beneficiário do plano de saúde tem legitimidade para discutir em juízo a validade ou nulidade das cláusulas contratuais. MÉRITO. Hipótese em que a indenização pleiteada é decorrente de custeio de despesas de internação emergencial negada pela seguradora em razão do período de carência do plano de saúde. Urgência caracterizada. Indenização devida. Aplicação do art. 35- C, I, da Lei 9.656/98. PRELIMINAR REJEITADA. APELO DESPROVIDO” (TJRS, 5ª Câmara Cível, Apelação Cível nº 70041615360, Relator: Des. Gelson Rolim Stocker, julgado em 29.06.2011) (Grifei)

Ademais, tendo em vista que não houve prévio exame médico, não pode o plano de saúde alegar caso de doença preexistente, conforme tem decidido o STJ:

“AGRAVO REGIMENTAL. SEGURO. AÇÃO DE COBRANÇA. OMISSÃO DO ACÓRDÃO RECORRIDO, INEXISTÊNCIA. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE. AUSÊNCIA DE EXAME PRÉVIO. INEXISTÊNCIA DE COMPROVADA MÁ-FÉ. I - Consoante dispõe o artigo 535 do Código de Processo Civil, destinam-se os Embargos de Declaração a expungir do julgado eventuais omissão, obscuridade ou contradição, não se caracterizando via própria ao rejugamento da causa. II - É ilícita a recusa da cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente à contratação do seguro-saúde, se a seguradora não submeteu o segurado a prévio exame de saúde e não comprovou má-fé. Precedentes. III - Agravo Regimental improvido.” (STJ. AgRg no Ag: 1076923 RS 2008/0160287-1, Terceira Turma, Relator: Ministro Sidnei Beneti, julgado em: 14/09/2010, Publicado em: DJe 24/09/2010) (Grifei)



**PODER JUDICIÁRIO**  
**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
*Gabinete Des. Evandro Magalhães Melo*

---

Vale acrescentar o constante da sentença de fls. 97/103:

“(…) não há nos autos elementos que se levem a conclusão de que a parte autora tinha conhecimento da enfermidade quando do seu ingresso no plano de saúde de modo a caracterizar doença pré-existente. Até porque a empresa ré não realizou. Segundo a autora, nenhum tipo de exame prévio.

**A demandada deveria ter feito exames prévios, pois, tendo admitido a contratação do plano e o pagamento do respectivo valor, sem prévio exame médico, não pode agora, quando do surgimento da necessidade de arcar com os gastos do tratamento requerido, alegar doença preexistente para se eximir de sua obrigação.**” (fl. 99) (Grifei)

Quanto à conduta da seguradora, se causadora ou não de gravame, capaz de ensejar a condenação à indenização por danos morais, cumpre ressaltar que os fatos e acontecimentos capazes de romper com o equilíbrio psicológico do indivíduo devem ser considerados para tanto, não podendo se equiparar a meros dissabores atinentes ao cotidiano das relações interpessoais.

No caso em exame, houve, sim, efetivo prejuízo de ordem moral, atingindo direitos inerentes à personalidade do autor, tendo em vista a frustração da expectativa de lhe ser prestado adequadamente o serviço ofertado, ilícito contratual que ultrapassa o mero incômodo.

Desta forma, o autor, apelado, faz *jus* a uma reparação em relação à negativa indevida, devendo, assim, a seguradora apelante ressarcir os danos morais reconhecidos, na forma do art. 186 do Código Civil, cuja incidência decorre da prática de conduta ilícita, a qual se configurou no caso em tela, decorrente do inadimplemento injustificado da prestação devida, atitude abusiva na qual a ré assumiu o risco de causar lesão à parte autora, mesmo de ordem extrapatrimonial, daí ensejando o dever de indenizar.

Assim, é de ser aplicada a Súmula 35 deste e. Tribunal, a saber:

**“Súmula nº 35. A negativa de cobertura fundada em cláusula abusiva de contrato de assistência à saúde pode dar ensejo à indenização por dano moral.”**

No mesmo sentido, confira-se:

“Seguro saúde. Internação de emergência. Cláusula abusiva. Reconhecimento pelo acórdão de nulidade de pleno direito. Dano moral. 1. **A negativa de cobertura de internação de emergência gera a obrigação de indenizar o dano moral daí resultante, considerando a severa repercussão na esfera íntima do paciente, já frágil pela patologia aguda que o acometeu**. 2. Recurso especial conhecido e provido” (STJ, 3ª Turma, REsp 618.290/DF, Relator: Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, DJ de 20.02.2006).

**“CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. NEGATIVA ILEGAL DE COBERTURA, PELO PLANO DE**



PODER JUDICIÁRIO  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
*Gabinete Des. Evandro Magalhães Melo*

175  
70

SAÚDE, A ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA. CONFIGURAÇÃO DE DANOS MORAIS. - Na esteira de diversos precedentes do STJ, verifica-se que a recusa indevida à cobertura médica pleiteada pelo segurado é causa de danos morais, pois agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito daquele. Recurso especial provido" (STJ. REsp 907.718/ES, Terceira Turma, REsp 907.718/ES, Relatora: Ministra Nancy Andrighi, DJe de 20.10.2008).

Finalmente, tenha-se registrado que a sanção decorrente do dano moral, como sabido, não se resolve numa indenização propriamente dita, já que esta significa a eliminação do prejuízo e das suas consequências, impossível quando se tratar de dano extrapatrimonial; a sua reparação, na realidade, opera-se através de uma compensação, e não de um ressarcimento, pois, impondo ao ofensor a obrigação do pagamento de certa quantia de dinheiro em favor do ofendido, ao mesmo tempo em que agrava o patrimônio daquele, proporciona a este uma reparação satisfativa.

O *quantum* indenizatório deve seguir os critérios de razoabilidade e proporcionalidade, sendo fixado num valor que tenha o condão de reparar ou ao menos amenizar o dano e, em contrapartida, inibir o autor da conduta ilícita, evitar que ele volte a violar o direito de outrem.

Na hipótese, verifico que o montante fixado para fins de indenização, correspondente a R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) não guarda a devida razoabilidade em relação ao dano.

Com a devida vênia, sopesadas as peculiaridades do caso concreto, observando-se o princípio da razoabilidade, as teorias do valor do desestímulo (caráter punitivo da sanção pecuniária), e da compensação, que visam atender ao duplo objetivo: caráter compensatório e função punitiva da sanção (prevenção e repressão), entendo por reduzir o valor fixado para R\$ 10.000,00 (dez mil reais), de acordo com os critérios adotados por outros julgados:

"RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PRAZO DE CARÊNCIA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. APENDICITE AGUDA. CARÊNCIA CONTRATUAL. ABUSIVIDADE DA CLÁUSULA RESTRITIVA. DANO MORAL. OCORRÊNCIA. PRECEDENTES. 1. A cláusula que estabelece o prazo de carência deve ser afastada em situações de urgência, como o tratamento de doença grave, pois o valor da vida humana se sobrepõe a qualquer outro interesse. Precedentes específicos da Terceira e da Quarta Turma do STJ. 2. A jurisprudência desta Corte "vem reconhecendo o direito ao ressarcimento dos danos morais advindos da injusta recusa de cobertura de seguro saúde, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, uma vez que, ao pedir a autorização da seguradora, já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada". (REsp 918.392/RN, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI). 3. Atendendo aos critérios equitativos estabelecidos pelo método bifásico adotado por esta Egrégia Terceira Turma e em consonância com inúmeros precedentes desta Corte, arbitra-se o quantum indenizatório pelo abalo moral decorrente da recusa de tratamento médico de emergência, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais)." (STJ. RESP 1243632 RS 2011/0053304-4, Terceira Turma, Relator:

6





**PODER JUDICIÁRIO**  
**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
*Gabinete Des. Evandro Magalhães Melo*

---

Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, julgado em: 11.09.2012, publicado em: DJE 17/09/2012) (Grifei)

**“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. INTERNAÇÃO HOSPITALAR. EMERGÊNCIA. CARÊNCIA. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. APLICABILIDADE. DANO MORAL. CABIMENTO . I - Dos contratos celebrados com empresas prestadoras de serviços de assistência à saúde emerge relação tipicamente de consumo, daí porque, das controvérsias do pacto advindas devem ser plenamente aplicadas as normas que integram a Lei nº 8.078 /90- Código de Proteção e Defesa do Consumidor, impondo-se a eliminação das cláusulas abusivas. II - Nos casos de assistência à saúde, a autonomia de vontade é limitada e regulada por lei federal, que estabelece os parâmetros e condições mínimas a serem observadas por todo e qualquer plano de saúde, exatamente para resguardar o direito à vida, à saúde e ao bom tratamento físico e mental do indivíduo. III - E reconhecido o dano moral quando o plano de saúde **nega autorização para internação de urgência**. IV - Deve o juiz, ao buscar o valor justo e ideal a título de reparação por danos morais, considerar, basicamente, as circunstâncias do caso, a gravidade do dano e a idéia de sancionamento do ofensor, como forma de obstar a reiteração de casos futuros. V - Verificado que o valor arbitrado a título de danos morais se mostrou proporcional ao dano causado, deve o mesmo ser mantido . ( Indenização por dano moral mantida em R\$ 10.000,00 (dez mil reais).” (TJMA, Apelação Cível nº 37227/2009, Acórdão nº 92957/2010, julgado em 07/07/2010, Relator: Jorge Rachid Mubárack Maluf). (Grifei)**

Por todo o exposto, merece guarida, portanto, o pleito da seguradora apelante tão-somente para redução do *quantum* indenizatório, razão pela qual **dou provimento parcial** ao presente apelo, nos termos do art. 557 do CPC, apenas para reduzir a verba indenizatória para o montante de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), mantendo incólume os demais termos da sentença *a quo*.

Recife, 14 de abril de 2014.

***Des. Evandro Magalhães Melo***  
***Relator***

Da leitura da decisão, percebe-se que a matéria encontra-se suficientemente clara, não trazendo o agravante, em suas razões, elemento apto a modificar o posicionamento adotado pela Relatoria.

Embora alegue a agravante que “no momento da entrevista qualificada a Sra. Maria de Fátima reconheceu ser portadora de ‘Mioma uterino’, ‘Pólipo endometrial’ (vide item 28 da Entrevista Qualificada), estas suficientes para que seja respeitado o período de cobertura parcial temporária de 24 meses”, **não consta nos presentes autos a referida “Entrevista Qualificada”**.

Não há nos autos, pois, a realização de exame prévio ou da alegada entrevista qualificada, na qual constaria o reconhecimento, pela autora/ apelada/ agravada,



PODER JUDICIÁRIO  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
*Gabinete Des. Evandro Magalhães Melo*

176  
7/10

de ser portadora de 'Mioma uterino', 'Pólipo endometrial'. O único documento constante nos autos é a proposta de adesão (fls. 22/23) e a declaração de saúde (fls. 24/25), inexistindo na última o reconhecimento de qualquer problema de saúde (v. fls. 24/25).

Consoante consta na decisão agravada e acima transcrita, **não tendo havido prévio exame médico, não pode o plano de saúde alegar caso de doença preexistente para se eximir de sua obrigação** e este é o entendimento uníssono do Superior Tribunal de Justiça – STJ.

Neste sentido, faço transcrição, ainda, do Enunciado nº 25, aprovado, em 15.05.2014, na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, realizada na cidade São Paulo – SP:

**“ENUNCIADO Nº 25**

É abusiva a negativa de cobertura de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade relacionados à doença e lesão preexistente, quando o usuário não tinha conhecimento ou não foi submetido a prévio exame médico ou perícia, salvo comprovada má-fé.”

Isto posto, o meu voto é no sentido de **negar provimento** ao presente recurso, restando inalterada a decisão terminativa de fls. 148/151.

Recife, 27 de maio de 2014.

  
**Des. Evandro Magalhães Melo**  
**Relator**