

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO MARANHÃO COMARCA DA ILHA DE SÃO LUÍS 1ª VARA CÍVEL DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR – MA Classe processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) Parte requerente: N. D. S. B. Advogado requerente: Advogados/Autoridades do(a) ESPÓLIO DE: LUIS FELIPE BARROS FONSECA DA SILVA - MA18573, JESSYKA SANTOS NUNES - MA18125 Parte requerida: UNIMED IMPERATRIZ- COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO e outros (2) Advogado requerida: Advogado/Autoridade do(a) ESPÓLIO DE: CAMILA MARIA DE OLIVEIRA SANTANA - PB26697 Advogado/Autoridade do(a) ESPÓLIO DE: JOAO VICTOR RODRIGUES REVEIU - SP431889 Advogado/Autoridade do(a) ESPÓLIO DE: VALERIA LAUANDE CARVALHO COSTA - MA4749-A

SENTENÇA Trata-se de Ação de Indenização por Danos Materiais e Morais formulada por N. D. S. B., menor impúbere, representado por seus genitores, em face de UNIMED IMPERATRIZ, AFFIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA e HOSPITAL SÃO DOMINGOS. Alega o autor que mantém vínculo de prestação de serviços com as prestadoras UNIMED IMPERATRIZ e AFFIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, sendo que, em fevereiro de 2021, necessitou de atendimento de urgência e emergência em virtude do quadro de dor de garganta há 1 dia, febre elevada e persistente há 15 horas, vômitos frequentes, hmg com leucócitos e elevada e desvio a esquerda. O médico atendente solicitou a internação do autor, contudo, o pleito foi negado sob a justificativa de não cumprimento de carência contratual. Em virtude disso, o autor precisou pagar ao Hospital São Domingos a quantia de R\$ 613,17 (seiscentos e treze reais e dezessete centavos), a título de despesas médicas, bem como precisou pedir alta hospitalar, uma vez que não poderia arcar com as despesas da internação. Assim, requer a condenação dos Requeridos ao pagamento de danos materiais e morais, estes no importe de R\$15.000,00 (quinze mil reais), uma vez que a negativa de atendimento foi ilegal e lesionou o direito à saúde do autor. Citados, os Requeridos apresentaram contestação às ID's 49600131, 52947139, 53309598.

Alega a primeira Requerida (UNIMED IMPERATRIZ) inexistência de ato ilícito, uma vez que o contrato formulado entre as partes prevê expressamente os prazos de carência para internação, bem como que não é possível aferir, dos documentos anexos ao feito, que o atendimento solicitado pelo autor tratava-se de demanda de emergência.

A segunda Requerida, AFFIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, alega, preliminarmente, a ilegitimidade passiva, uma vez que desempenha exclusivamente o papel de intermediadora de planos de saúde, não mantendo vínculo obrigacional com os beneficiários no que se refere à cobertura, manutenção ou exclusão do plano de saúde. No mérito, alega inexistência de responsabilidade civil, uma vez que sequer tomou ciência da alegada negativa de atendimento. O terceiro Requerido, Hospital São Domingos LTDA alega, preliminarmente, a ilegitimidade passiva, uma vez que eventuais transtornos do autor decorrem de ato da primeira ré, não tendo o hospital participação na relação contratual entre o Requerente e a operadora de planos de saúde. No mérito, alega inexistência de falha na prestação de serviços, encontrando-se no exercício regular de um direito quando cobrou o valor dos atendimentos médicos não autorizados pelo plano, tendo o Requerente assinado contrato de aquisição dos serviços prestados. O Requerente apresentou réplica (ID 54652470). Intimados para manifestarem o interesse na produção de provas, o Requerente pugnou pelo julgamento antecipado da lide (ID 57853627), e somente o Requerido Hospital São Domingos LTDA manifestou-se no feito, dispensando a produção de outras provas (ID

60135393). É o relatório. Decido. A demanda comporta julgamento antecipado da lide, uma vez que não há necessidade de produção de outras provas, estando o feito devidamente instruído e apto para julgamento, nos termos do art. 355, I do CPC. Desse modo, passo à análise da preliminar de mérito. Quanto à preliminar de ilegitimidade passiva levantada pelos Requeridos AFFIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA e HOSPITAL SÃO DOMINGOS LTDA, entendo que esta não merece amparo, uma vez que ambos os requeridos integram a cadeia de fornecedores de serviços, sendo a responsabilidade solidária, nos termos do art. 7º, parágrafo único, do CDC. Senão Vejamos: Art. 7º Os direitos previstos neste código não excluem outros decorrentes de tratados ou convenções internacionais de que o Brasil seja signatário, da legislação interna ordinária, de regulamentos expedidos pelas autoridades administrativas competentes, bem como dos que derivem dos princípios gerais do direito, analogia, costumes e equidade. Parágrafo único. Tendo mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo. Assim, há uma relação de interdependência entre o plano de saúde e sua rede hospitalar credenciada para atendimento de seus usuários. Tanto é prova deste comportamento que o hospital, assim que inicia o atendimento em suas dependências, se cerca de todos os dados necessários para que o pagamento do serviço seja coberto pelo plano de saúde contratado pelo usuário, demonstrando, assim, a vinculação contratual existente entre o usuário, plano de saúde e hospital. Ainda, a administradora do plano de saúde, na qualidade de gestora do contrato, responde solidariamente com a operadora perante os consumidores, uma vez que ambas atuam como fornecedoras no fomento dos serviços convencionados. Nesse sentido o entendimento jurisprudencial : DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. RELAÇÃO DE CONSUMO. PLANO DE SAÚDE INDEVIDAMENTE CANCELADO. RESTABELECIMENTO DAS COBERTURAS OFERECIDAS. ORDEM JUDICIAL. DEFERIMENTO. ATRIBUIÇÃO PARA REATIVAR A VIGÊNCIA DO CONTRATO SEM FIXAR NOVO PERÍODO DE CARÊNCIA. AÇÃO MANEJADA EM FACE DA OPERADORA E DA ADMINISTRADORA DO PLANO DE SAÚDE. LITISCONSÓRCIO. LEGITIMIDADE PASSIVA. AFIRMAÇÃO. ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS DO BENEFICIÁRIO. DESCUMPRIMENTO. PREVENÇÃO. MULTA. FIXAÇÃO. INCIDÊNCIA. PRESERVAÇÃO. MONTANTE. EXCESSO. REDUÇÃO. ADEQUAÇÃO. PONDERAÇÃO DO OBJETIVO DA SANÇÃO E DA POSTURA DA OBRIGADA. MITIGAÇÃO. NECESSIDADE. AGRAVO PARCIALMENTE PROVIDO. 1. A administradora do plano de saúde, na qualidade de gestora do contrato, responde solidariamente com a operadora perante os consumidores pelos defeitos na prestação dos serviços contratados, inclusive por falha imputável à operadora por ter reativado as coberturas indevidamente canceladas com a fixação de novo prazo de carência, porquanto ambas atuam como fornecedoras no fomento dos serviços convencionados, conforme a dicção dos arts. 2º, 3º, 14 e 34 do Código de Defesa do Consumidor e art. 932, III, do Código Civil, ensejando o reconhecimento da responsabilidade objetiva e solidária de ambas as fornecedoras por defeitos havidos na realização dos serviços. (Acórdão 1147035, 07153863320188070000, Relator: TEÓFILO CAETANO, data de julgamento: 30/1/2019, Publicado no DJE: 13/2/2019). Dessa forma, rejeito as preliminares de ilegitimidade passiva levantadas pelos Requeridos AFFIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA e HOSPITAL SÃO DOMINGOS LTDA. Quanto ao mérito, entendo que o autor se desincumbiu do ônus de provar o alegado. Senão vejamos. Aduz o Requerente que teve o pedido de internação hospitalar negado sob a justificativa de carência contratual. Todavia, tratava-se de situação de emergência médica,

caso que a Lei 9.656/98 estabelece prazo máximo de carência de 24h (vinte e quatro horas). Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: [...] V - quando fixar períodos de carência: a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo; b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; Ainda, estabelece o artigo 35-C da supracitada lei a obrigatoriedade da cobertura de atendimento nos casos de emergência: Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: I - de emergência, com tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração de médico assistente; (...) Esses dispositivos legais preconizam que, mesmo durante o prazo de carência do plano de saúde contratado, existindo a necessidade de uma intervenção médico-hospitalar de emergência, o paciente deve ser prontamente atendido, objetivando, assim, a preservação da sua vida, órgãos e funções. Neste caso, não procede a alegação do plano quanto a situação de saúde do autor não ser emergencial. A avaliação médica não pode ser suplantada pelo entendimento do plano de saúde, visto que aquele profissional é o gabaritado para constatar o estado de saúde do autor, devendo ser levada em conta seu parecer profissional. O autor foi privado da internação hospitalar, mesmo constando na avaliação médica a indicação de tratar-se de demanda de emergência, conforme documento de ID 41908828, sob a justificativa de não cumprimento de carência para internação.

Com efeito, o plano foi contratado em 20/01/2021 (ID 41908054), sendo o pedido de internação realizado em 23/02/2021, ou seja, mais de 24 horas após a contratação, enquadrando-se na hipótese do art. 12, V, "c" da LEi 9.656/98. Dessa forma, evidente a conduta ilícita dos Requeridos ao negarem a internação, de emergência, ao autor, bem como restou ilícita a cobrança das despesas médicas, no importe de R\$ 613,17 (seiscentos e treze reais e dezessete centavos). Frisa-se que a relação estabelecida entre as partes trata-se de relação de consumo, de modo que a responsabilidade dos Requeridos é objetiva, nos termos do art. 14 do CDC. Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos. § 1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais: I - o modo de seu fornecimento; II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam; III - a época em que foi fornecido. Basta, portanto, a comprovação do dano e o nexo de causalidade entre a conduta dos requeridos e o dano sofrido pelo autor. Neste caso, o autor, em situação de emergência, teve negado o pedido de internação hospitalar, sendo obrigado a custear o pagamento dos insumos e procedimentos realizados no Hospital. Evidente, portanto, o nexo causal entre a conduta dos Requeridos e o dano sofrido pelo autor. Frisa-se que, nos termos do art. 186 do Código Civil, "Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito." No mesmo sentido, dispõe o art. 927 do Código Civil que: Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

Os requeridos não se desincumbiram do ônus de comprovar o rompimento do nexo causal, tampouco comprovaram a existência de fato extintivo, modificativo do direito do autor (art. 373, II do CPC), de modo que resta devidamente configurado o ato ilícito, o dano, e a necessidade de sua reparação. Quando à extensão dos danos, estes são de ordem material e moral. O autor comprovou o desembolso de R\$613,17 (seiscentos e treze reais e dezessete centavos) para fins de pagamento das despesas hospitalares, conforme nota fiscal de ID 419008828. Assim, resta evidente a necessidade de reembolso da quantia paga indevidamente pelo requerente. Quando ao dano moral, é evidente que a negativa de atendimento em situação emergencial configura dano moral, pois o Requerente se viu obrigado a abandonar o hospital por não ter condições de arcar com os custos da internação. O dano moral nessas circunstâncias opera-se in re ipsa, ou seja, decorrerá da própria negativa de cobertura do plano de saúde, sem que haja necessidade de qualquer outra comprovação.

Nesse sentido, confirmam-se os seguintes precedentes: PLANO DE SAÚDE. LEGITIMIDADE AD CAUSAM DA OPERADORA. DESCABIDA DENUNCIÇÃO DA LIDE À ADMINISTRADORA. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT). DOENÇA PREEEXISTENTE. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. AFASTAMENTO DA PREVISÃO CONTRATUAL. PRAZO MÁXIMO DE CARÊNCIA DE 24 HORAS. DANO MORAL IN RE IPSA. 1. Tratando-se de relação de consumo (STJ 469), a operadora e a administradora respondem solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo (CDC 7º, § único). A denúncia à lide é vedada pelo CDC 88. 2. A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação (STJ 597). 3. Os custos suportados pelo autor devem ser ressarcidos. 4. A injustificada recusa causou dano moral in re ipsa, cuja compensação foi assegurada em valor - R\$ 5.000,00 - que não comporta redução, sob pena de tornar-se irrisório e alheio aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade. (Acórdão n.1131053, 07253472920178070001, Relator: FERNANDO HABIBE 4ª Turma Cível, Data de Julgamento: 17/10/2018, Publicado no DJE: 25/10/2018. Pág.: Sem Página Cadastrada.) APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. ATRASO NO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COBERTO. DANO MORAL. QUANTIFICAÇÃO. SENTENÇA MANTIDA. 1. Nos termos do enunciado da Súmula nº 469 da Súmula do Colendo Superior Tribunal de Justiça, "aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde". 2. Cumpre à operadora de plano de saúde o atendimento imediato das coberturas asseguradas nas situações de urgência e emergência, de acordo com o art. 3º, inc. XIV, da Resolução nº 259/2011 da ANS. 3. O atraso da operadora de plano de saúde em autorizar procedimento coberto e indispensável ao tratamento do paciente atinge a esfera extrapatrimonial do consumidor e prescinde de outras provas, configurando dano moral in re ipsa. 4. Em relação à quantificação da compensação por danos morais, é necessário examinar as circunstâncias particulares do caso concreto, notadamente a extensão do dano, a culpabilidade do agente e a posição política, social e econômica das partes. 5. Recurso conhecido e desprovido. (Acórdão n.1123754, 07388744820178070001, Relator: ALVARO CIARLINI 3ª Turma Cível, Data de Julgamento: 13/09/2018, Publicado no DJE: 05/10/2018. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

Quanto ao valor da indenização, importa ressaltar que o julgador tem a liberdade e a discricionariedade para avaliar e sopesar a dor do ofendido, a fim de lhe propiciar o adequado conforto material como forma de compensação, levando-se em conta o potencial

econômico e social da parte obrigada, bem como as circunstâncias e a extensão do evento danoso. Sendo assim, considerando os pressupostos consignados, entendo que o valor de R\$5.000,00 (cinco mil reais) é suficiente para reparar o dano sofrido pelo autor, sem ocasionar enriquecimento ilícito e cumprindo sua função pedagógica.

DISPOSITIVO Pelo exposto, nos termos do art. 487, I do CPC, JULGO PROCEDENTES os pedidos do autor para: a) condenar os Requeridos, de forma solidária, a reembolsarem o valor de R\$613,17 (seiscentos e treze reais e dezessete centavos) em favor do autor, a título de danos materiais, com juros de 1% ao mês, a contar da data do efetivo desembolso, e correção monetária pelo INPC a contar da data do efetivo prejuízo (Súmula 43 STJ); b) condenar os Requeridos, de forma solidária, ao pagamento de danos morais em favor do autor no importe de R\$5.000,00 (cinco mil reais), com juros de 1% ao mês, a contar da data do evento danoso (súmula 54 STJ) e correção monetária pelo INPC a contar do arbitramento (súmula 362 STJ). Custas e honorários advocatícios no importe de 10% do valor condenação, a cargos dos requeridos, de forma solidária. Intimem-se. Cumpra-se. Transitada em julgado, archive-se. São José de Ribamar, data do sistema. Lícia Cristina Ferraz Ribeiro de Oliveira Juíza de Direito Titular da 1ª Vara Cível de SJR