

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

| | |
|-------------------------------|--|
| Órgão | 3ª Turma Cível |
| Processo N. | APELAÇÃO CÍVEL 0723955-78.2022.8.07.0001 |
| APELANTE(S) | --- |
| REPRESENTANTE LEGAL(S) | T. A. G. |
| APELADO(S) | --- e A. H. A. B. |
| Relatora | Desembargadora ANA MARIA FERREIRA DA SILVA |
| Acórdão Nº | 1898584 |

EMENTA

APELAÇÕES CÍVEIS. PLANO DE SAÚDE. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA REJEITADA. DESPESAS HOSPITALARES. INTERNAÇÃO. EMERGÊNCIA/URGÊNCIA. SEGMENTO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA. LIMITAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA. IMPOSSIBILIDADE. DANOS MORAIS. CABIMENTO.

1. A solidariedade entre os integrantes da cadeia de fornecedores decorre do próprio sistema de defesa do consumidor nos moldes estipulados pelo art. 7º, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor. Referida sistemática estende a responsabilidade pelos danos morais causados a beneficiário em virtude da negativa de cobertura de cirurgia de urgência à administradora de benefícios de saúde que oferece sua rede credenciada a operadoras de saúde, as quais firmam contratos com consumidores.
2. Tratando-se de plano hospitalar com obstetrícia e estando a segurada em situação de urgência/emergência, ultrapassado o prazo de 24 horas de carência, afigura-se ilegal eventual restrição de cobertura das despesas hospitalares.
3. Quantos aos danos morais, estes restaram suficientemente comprovados na medida em que a recusa ilegítima de internação, agravou a aflição e o sofrimento da segurada, pois frustrou a sua legítima expectativa de poder contar com o plano de saúde no momento em que mais



precisava, afetando atributos de sua personalidade. A necessidade urgente de procedimento médico, quando a segurada se encontrava com risco de complicações (foi constatado no prontuário médico a presença de hipertensão gestacional), provoca evidente abalo psicológico, suplantando meros aborrecimentos comuns na vida em sociedade.

4. O Superior Tribunal de Justiça reconhece o dano moral provocado pela recusa da operadora de plano de saúde em autorizar tratamento a qual o segurado faz jus: *"A recusa indevida pela operadora do plano de saúde em autorizar a cobertura de tratamento gera dano moral, porquanto agrava a situação de aflição psicológica e de angústia do paciente, não se tratando apenas de mero aborrecimento. (AgInt no REsp 1806691 / SP, Relator(a) Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 30/03/2020, DJe 01/04/2020)"*.
5. Levando em consideração, de um lado, a capacidade econômica das rés e a inexistência de amparo legal ou jurisprudencial para o inadimplemento contratual efetuado (não se tratando de hipótese de dúvida razoável acerca de interpretação de cláusula contratual) e, de outro, o desgaste pessoal a que foi submetido a autora, obrigada a assumir os custos de procedimento de urgência da qual fazia jus, a importância de R\$ 7.000,00 (sete mil reais), fixada na origem, compensa adequadamente o dano moral e não degenera em enriquecimento ilícito.
6. Negou-se provimento aos apelos das rés.

ACÓRDÃO

Acordam os Senhores Desembargadores do(a) 3ª Turma Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, ANA MARIA FERREIRA DA SILVA - Relatora, FÁTIMA RAFAEL - 1º Vogal e MARIA DE LOURDES ABREU - 2º Vogal, sob a Presidência da Senhora Desembargadora FÁTIMA RAFAEL, em proferir a seguinte decisão: CONHECER E NEGAR PROVIMENTO, UNÂNIME, de acordo com a ata do julgamento e notas taquigráficas.

Brasília (DF), 02 de Agosto de 2024

Desembargadora ANA MARIA FERREIRA DA SILVA
Relatora

RELATÓRIO

Cuida-se de apelações interpostas por --- LTDA e --- LTDA, rés, em face de r. sentença proferida pelo Juízo da 12ª Vara Cível de Brasília que, em ação de obrigação de fazer cumulada com ação indenizatória com pedido de tutela de urgência proposta por --- e ---, julgou parcialmente procedentes os pedidos deduzidos na inicial.

Adoto o relatório da r. sentença:



“Trata-se de ação proposta por --- e --- em desfavor de --- LTDA e --- LTDA.

As autoras alegam que autora ---, em 18/01/2021, firmou com a 1ª ré contrato de adesão ao plano de assistência à saúde da 2ª ré, com as seguintes coberturas: nacional; gestação e parto; fisioterapia; internamento hospitalar; consultas médicas; exames laboratoriais/procedimentos ambulatoriais; procedimentos hospitalares de alta complexidade.

Argumentam que a referida autora, com 39 semanas de gestação, pressão arterial elevada, dor de cabeça e inchaço excessivo, compareceu ao consultório médico em 06/07/2021 e realizou ecografia gestacional, a qual constatou líquido amniótico diminuído e avaliação da vitalidade fetal prejudicada pela diminuição dos movimentos apresentados durante o exame.

Dizem que, seguindo orientação médica, a primeira autora entrou em contato com o médico, na madrugada do dia 07/07/2021, relatando dor de cabeça e pressão elevada, quando foi orientada a comparecer à Maternidade Brasília, onde realizou procedimentos e deu a luz à segunda autora, mesmo diante da negativa de cobertura do plano de saúde.

Alegam que, após chegarem ao quarto (07/07/2021), uma funcionária compareceu ao quarto questionando se havia um posicionamento diferente em relação à negativa do plano, causando grande desespero à parturiente, que sequer conseguiu aproveitar o momento com sua filha.

Delineiam que, em 08/07/2021, quando realizavam procedimentos e exames, uma pessoa do setor financeiro do hospital questionou se a negativa do plano havia sido resolvida, na presença de 4 (quatro) profissionais e que, em caso contrário, deveriam informar a forma de pagamento do valor em aberto.

Contam que a parturiente assumiu o compromisso de pagamento do procedimento, a fim de evitar o constrangimento de serem transferidas para a rede pública de saúde, e que, em 09/07/2021, pagou a importância de R\$ 10.450,00.

Asseveram: 1) ser aplicável ao caso as regras do Código de Defesa do Consumidor (CDC); 2) que os prazos de carência estabelecidos nos contratos de plano de saúde são relativizados pela Lei nº 9.656/98; 3) que sofreram constrangimentos indevidos, pois a parturiente foi obrigada a buscar informações e ferramentas para resolver um problema causado pela empresa contratada para lhe dar uma solução, quando sequer poderia falar para evitar gases e mais dores, do que as sentidas em decorrência do procedimento cirúrgico; 4) que a autora neonato deixou de receber cuidados de sua genitora, que foi obrigada a solicitar documentos e se preocupar com a dívida crescente, bem como escrever a petição inicial do processo para garantir que seus direitos sejam preservados; 5) que houve dano moral pelo desvio de tempo útil e que a primeira autora, após todo o desgaste passado com estresse causado, teve baixa produção de leite, secando totalmente antes da segunda autora completar 3 meses de vida, como prova o baixo ganho de



peso da desta, causando ainda mais desespero nessa.

Ao fim, pedem:

- 1) A concessão do benefício da Justiça Gratuita, nos termos do art. 98, do CPC; e*
- 2) Condenação das rés, solidariamente, ao pagamento do valor de R\$10.450,00, referente às custas do parto; e R\$ 10.000,00, a título de danos morais, para cada autora.*

A primeira autora possui capacidade postulatória e representa a segunda, ID. 128893340.

A gratuidade de justiça foi deferida a favor da primeira autora, ID. 131547703.

A ré --- LTDA apresenta contestação ao ID. 142033708. Em preliminar, invoca sua ilegitimidade passiva, ao fundamento de que apenas operacionaliza o sistema de atendimento dos beneficiários do plano de saúde ---, não tendo qualquer poder para autorizar ou negar pagamento de despesas cobradas pelos hospitais credenciados.

No mérito, diz que: 1) firmou contrato com a operadora ---, que prevê responsabilidade exclusiva dessa; 2) a carta de negativa de cobertura foi elaborada pela referida operadora; 3) é necessária observância aos prazos de carência, pois o termo de adesão vigente foi assinado entre as partes em 01/02/2021 e estava em carência no momento da internação; 4) a situação narrada na inicial não se configurou de emergência, tampouco urgência, razão pela qual foi negada pela operadora, com base na RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU Nº 13 DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998; 5) o contrato firmado entre as partes observa a legislação de deve se cumprido, pois a autora sabia do prazo de carência; 6) descabe o pleito indenizatório, pois não houve conduta ilegal e que não houve qualquer comprovação, quanto aos danos que ela alega ter sofrido; e 7) a indenização pleiteada configura enriquecimento sem causa.

A representação processual da parte ré está regular, ID. 142033706.

Tentativa conciliatória infrutífera, ID. 142506459.

A ré --- LTDA junta contestação ao ID. 144576245. Em preliminar, 1) impugna a concessão dos benefícios da gratuidade de justiça deferidos a favor da autora, porquanto a mesma possui plano de saúde e foi capaz de pagar o procedimento cirúrgico no valor de R\$ 10.450,00. Ademais, aponta que a declaração de imposto de renda indica que a autora auferiu o valor de R\$ 75.357,40, ao longo de 2021.

No mérito, defende que não havia situação de emergência que justificasse o afastamento da carência de 300 (trezentos) dias na hipótese dos autos. Argumenta que parto a termo é aquele que ocorre entre 37 e 42 semanas (258 a 293 dias) de gravidez e que a beneficiária já havia atingido as 39 (trinta) e nove semanas da gestação, sendo que, entre os sinais de que o nascimento está próximo, encontra-se, a redução de movimento fetal, o que levou à decisão médica pela realização do



parto. Assevera que a documentação acostada aos autos não aponta para urgência e emergência, que justificasse o afastamento da carência e que a cirurgia cesariana se submete a prazo de 180 dias, nos termos da Súmula Normativa Nº 25, de 13 de setembro de 2012, que regulou a carência nos procedimentos obstétricos. Destaca que a cobertura e a carência da primeira autora tiveram início em 01 de fevereiro de 2021, tendo passados 156 dias ao tempo do parto. Argumenta que a primeira autora tinha conhecimento do prazo de carência, não tendo havido ato ilícito, porque a operadora agiu de acordo com as normas vigentes e acordo firmado entre as partes. Impugna o pleito de indenização por danos morais, ao argumento de que não houve situação vexatória, porque a primeira autora pagou os procedimentos e que a segunda autora é ainda um bebê recém-nascido, sem qualquer ciência da situação.

Em réplica (ID. 147564277), as autoras, em relação à contestação da primeira ré, rebatem a preliminar de ilegitimidade da ré --- LTDA, ao argumento de que incidem ao caso a regras protetivas do CDC e que a ré --- atua na cadeia de consumo. No tocante ao prazo de carência, defendem que o prazo não é superior a 24 horas, na forma do art. 12 da Lei nº 9.656/98, e que a imediata intervenção cirúrgica foi determinada pelo obstetra para garantir o direito à vida das requerentes. Em relação ao dano moral, aduzem que a situação vivenciada ultrapassa o mero dissabor e que o pedido de indenização não configura enriquecimento ilícito, porque possui caráter pedagógico.

A respeito da contestação da ré ---, sustentam que a primeira requerida possui apenas 6 processos e que trabalha como celetista. Delineiam que a primeira autora é divorciada e recebe ajuda do genitor de suas filhas apenas para o pagamento da escola e plano de saúde da filha primogênita.

No mérito, ressaltam que fora constatado que o líquido amniótico estava diminuído, fornecendo pouca quantidade de oxigênio para o feto, o que poderia causar lesões no cérebro e em outros órgãos. Reafirma a responsabilidade solidária entre as rés e argumenta que a segunda ré, sofre com diversos problemas de saúde em razão do esgotamento do leite materno e com o baixo ganho de peso em sua principal fase de desenvolvimento. Defendem a necessidade de inversão do ônus da prova, para que eventuais provas requeridas sejam produzidas pelas rés.

Em relação aos documentos juntados em sede de réplica, as rés reiteram os termos das contestações (IDs. 147994557 e 149321910).

As partes foram intimadas as especificaram provas (ID. 149456086), tendo a ré --- pugnado pelo julgamento antecipado do mérito (ID. 149877124) e a ré (ID. 151610525) não indicado novas provas.

O Ministério Público oficia pela procedência dos pedidos (ID. 173310159). (...)"

O juízo da 12ª Vara Cível de Brasília julgou no seguinte sentido:



“Antes o exposto, JULGO PROCEDENTE, EM PARTE, os pedidos para:

1) Condenar as rés, solidariamente, ao pagamento do valor de R\$10.450,00, referente às custas do parto, corrigidos pelo INPC desde a data do desembolso (28/07/2021 – ID. 128893342) e acrescidos de juros de mora de 1% ao mês a contar da citação da primeira ré (03/08/2022);

2) Condenar as rés, solidariamente, ao pagamento do valor de R\$7.000,00, a título de danos morais, corrigidos pelo INPC desde a data da prolação desta sentença e acrescidos de juros de mora de 1% ao mês a contar da citação da primeira ré (03/08/2022).

Resolvo o mérito do processo, art. 487, inciso I, do CPC.

Em face da sucumbência recíproca, mas não proporcional, condeno as partes a pagarem as despesas no processo na seguinte proporção: as rés arcarão com 75% (cada uma com a metade dessa cota), e a segunda autora com 25%. Os honorários, fixo em 10% do valor da condenação a favor da primeira autora e em 10% sobre R\$3.000,00 (proveito econômico obtido) em favor dos patronos das rés, honorários estes devidos pela segunda autora.

Suspendo a exigibilidade da verba sucumbencial devida pela parte autora, em razão da gratuidade concedida. Anote-se a gratuidade de justiça a favor da menor impúbere. (...)”

Inconformada, as autoras interpuseram Embargos de Declaração (ID 55902466).

Decisão rejeitando os Embargos (ID 55902473).

A parte ré, --- LTDA, interpôs Apelação (ID 55902476).

Em suas razões recursais, alega que é mera intermediária, apenas operacionalizando o sistema de atendimento dos beneficiários do plano de saúde da --- e não tem responsabilidade quanto à autorização ou negativa de cobertura de procedimentos médicos ou exames. Assim, entende que a ação deve ser julgada improcedente em razão da ocorrência de fato exclusivo de terceiro que exclui a sua responsabilidade.

Aduz que não praticou nenhuma conduta abusiva e inadequada, pois no presente caso há a necessidade de observância dos prazos de carência.

Argumenta que não ficou configurada emergência ou urgência, portanto, a internação da Sra. --- foi corretamente negada pela ---.

Por fim, sustenta que não deve prosperar a sua condenação por danos



morais, pois não ficou comprovada a ocorrência dos danos alegados pela parte autora. Subsidiariamente, defende a redução do valor da indenização para que seja evitado o enriquecimento sem causa.

Requer o provimento do apelo para que a sentença seja reformada, de forma a julgar improcedentes os pedidos autorais.

Preparo recolhido (ID 55902478).

Contrarrazões oferecidas (ID 55902481)

Após, a parte ré, --- LTDA, interpôs
apelação (ID 55902482).

Em suas razões recursais, alega que houve a ausência de cobertura do parto por conta da carência contratual. Narra que a adesão do plano de saúde ocorreu em 18/01/2021, quando a autora já se encontrava na 13ª semana de gestação, devendo se sujeitar à carência de 300 dias.

Defende que basta a simples leitura dos documentos médicos para constatar que não há qualquer relatório indicando o estado de urgência ou emergência médica defendido na inicial.

Aduz que há precedentes do TJDFT no sentido de que só será considerada abusiva a negativa de cobertura de partos em período de carência nos casos em que ficar demonstrada a urgência ou emergência médica. Assim, a negativa da operadora foi justa e adequada.

Argumenta que não houve submissão das beneficiárias a qualquer situação de dor, abalo psicológico ou prejuízo à saúde, sendo incontroverso que o parto foi realizado tal como sugerido pelo médico assistente, ainda que por custeio particular. Portanto, não há que se falar na ocorrência de danos morais.

Ao final, requer provimento do recurso para que os pedidos iniciais sejam julgados improcedentes. Subsidiariamente, requer a redução do valor da indenização por dano moral para valor não superior a R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais).

Preparo recolhido (ID 55902483).



Contrarrazões oferecidas (ID 55902487).

Parecer da Procuradoria de Justiça desfavorável aos apelos das rés (ID 55989531).

É o relatório.

VOTOS

A Senhora Desembargadora ANA MARIA FERREIRA DA SILVA - Relatora

Conheço dos recursos interpostos, tendo em vista o preenchimento dos requisitos de admissibilidade.

Julgo simultaneamente os recursos das rés, --- LTDA e --- LTDA, especialmente por se tratar de hipótese de teses jurídicas similares aventadas em suas respectivas razões recursais.

Cuida-se de apelações interpostas por --- LTDA e --- LTDA, rés, em face de r. sentença proferida pelo Juízo da 12ª Vara Cível de Brasília que, em ação de obrigação de fazer cumulada com ação indenizatória com pedido de tutela de urgência proposta por --- e ---, julgou parcialmente procedentes os pedidos deduzidos na inicial.

A ré, --- LTDA, em suas razões recursais, alega que é mera intermediária, apenas operacionalizando o sistema de atendimento dos beneficiários do plano de saúde da --- e não tem responsabilidade quanto à autorização ou negativa de cobertura de procedimentos médicos ou exames. Assim, entende que a ação deve ser julgada improcedente em razão da ocorrência de fato exclusivo de terceiro que exclui a sua responsabilidade.

Aduz que não praticou nenhuma conduta abusiva e inadequada, pois no presente caso há a necessidade de observância dos prazos de carência.

Argumenta que não ficou configurada emergência ou urgência, portanto, a internação da Sra. --- foi corretamente negada pela ---.

Por fim, sustenta que não deve prosperar a sua condenação por danos



morais, pois não ficou comprovada a ocorrência dos danos alegados pela parte autora. Subsidiariamente, defende a redução do valor da indenização para que seja evitado o enriquecimento sem causa.

Requer o provimento do apelo para que a sentença seja reformada, de forma a julgar improcedentes os pedidos autorais.

A ré, --- LTDA, em suas razões recursais, alega que houve a ausência de cobertura do parto por conta da carência contratual. Narra que a adesão do plano de saúde ocorreu em 18/01/2021, quando a autora já se encontrava na 13ª semana de gestação, devendo se sujeitar à carência de 300 dias.

Defende que basta a simples leitura dos documentos médicos para constatar que não há qualquer relatório indicando o estado de urgência ou emergência médica defendido na inicial.

Aduz que há precedentes do TJDFT no sentido de que só será considerada abusiva a negativa de cobertura de partos em período de carência nos casos em que ficar demonstrada a urgência ou emergência médica. Assim, a negativa da operadora foi justa e adequada.

Argumenta que não houve submissão das beneficiárias a qualquer situação de dor, abalo psicológico ou prejuízo à saúde, sendo incontroverso que o parto foi realizado tal como sugerido pelo médico assistente, ainda que por custeio particular. Portanto, não há que se falar na ocorrência de danos morais.

Ao final, requer provimento do recurso para que os pedidos iniciais sejam julgados improcedentes. Subsidiariamente, requer a redução do valor da indenização por dano moral para valor não superior a R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais).

Sem razão as Apelantes.

1) Da preliminar de ilegitimidade passiva alegada pela ré ---- LTDA

Cumpre destacar, de início, que a relação jurídico-material que envolve as partes demandantes submete-se ao regramento do Código de Defesa do Consumidor, porquanto diz respeito a contrato de plano de saúde.

Nesse sentido, o colendo Superior Tribunal de Justiça, nos termos da Súmula 608, pacificou o entendimento de que:



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

No presente caso, ambas as rés (MED HEALTH e ---), figuram como fornecedoras, nos termos do art. 3º do CDC.

Por se tratar de uma relação sujeita à legislação consumerista, devem responder solidariamente todos os agentes que compõe a cadeia de fornecimento do produto/serviço pela falha na sua prestação, conforme disposto nos arts. 14 e 25, §1º e 34, do Código de Defesa do Consumidor.

A --- Ltda. presta serviços ao mercado de consumo e atua em parceria com as operadoras de planos de saúde. Ela se identifica como pessoa jurídica especializada no fornecimento de planos de saúde na modalidade pós-pagamento e no aluguel de rede nacional para operadoras de saúde, seguradoras, cooperativas ou para autogestões públicas e privadas.

Afirma que possui abrangência nacional e adota modelos personalizados de acordo com a região. Essas características são incompatíveis com uma atuação desinteressada e reforçam a obrigação de responder solidariamente perante o consumidor pela falha na prestação do serviço.

Evidente, portanto, que --- Ltda. possui responsabilidade solidária por eventuais falhas na prestação dos serviços médico-hospitalares em sua rede credenciada, ainda que o plano de saúde tenha sido contratado com a operadora de saúde MED HEALTH.

Nesse sentido, o entendimento dessa Colenda Corte de Justiça:

APELAÇÃO. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. ILEGITIMIDADE PASSIVA. VÍNCULO CONTRATUAL. AUSÊNCIA. DESNECESSIDADE. CADEIA. FORNECEDORES. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. PRELIMINAR REJEITADA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. AUTORIZAÇÃO. NEGATIVA. EMERGÊNCIA. URGÊNCIA. RECUSA INDEVIDA. ILICITUDE CONFIGURADA. DANOS MORAIS. CONFIGURAÇÃO.

1. ***A solidariedade entre os integrantes da cadeia de fornecedores decorre do próprio sistema de defesa do consumidor nos moldes estipulados pelo art. 7º, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor. Referida sistemática estende a responsabilidade pelos danos morais causados a beneficiário em virtude da negativa de cobertura***



de cirurgia de urgência à administradora de benefícios de saúde que oferece sua rede credenciada a operadoras de saúde, as quais firmam contratos com consumidores.

2. *A defesa do consumidor é um direito fundamental com expressa previsão constitucional. O objeto da prestação dos serviços por parte das operadoras de planos de saúde está diretamente ligado aos direitos fundamentais à saúde e à vida, os quais demandam tratamento preferencial.*
3. *O período de carência a ser considerado é de, no máximo, vinte e quatro (24) horas a contar da vigência do contrato nos casos em que constatada emergência ou urgência no atendimento do paciente nos termos do art. 12, inc. V, alínea c, da Lei n. 9.656/1998.*
4. *É obrigatória a cobertura do atendimento pelo plano de saúde em casos de emergência ou urgência conforme disposição do art. 35-C, incs. I e II, da Lei n. 9.656/1998.*
5. *A recusa injustificada em autorizar a internação em situação de urgência é apta a configurar a ofensa aos direitos da personalidade, especificamente em relação à integridade física e psíquica, de forma a ser devida a indenização por danos morais.*
6. *A fixação do valor da reparação do dano moral deve observar as finalidades preventiva, punitiva e compensatória e os critérios gerais - equidade, proporcionalidade e razoabilidade - e específicos - grau de culpa do agente, potencial econômico e características pessoais das partes, repercussão do fato no meio social e a natureza do direito violado -, de modo a atender ao princípio da reparação integral. O valor do dano moral não pode promover o enriquecimento ilícito da vítima e não deve ser ínfimo a ponto de aviltar o direito da personalidade violado.*
7. *Dano moral mantido em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), consideradas as*

peculiaridades do caso concreto

8. *Apelação desprovida.*

(Acórdão 1843417, 07236774320238070001, Relator(a): HECTOR VALVERDE SANTANNA, 2ª Turma Cível, data de julgamento: 3/4/2024, publicado no PJe: 15/4/2024. Pág.: Sem Página Cadastrada.) (Grifo nosso).

Dessa forma, rejeito a preliminar de ilegitimidade passiva suscitada.

2) Da negativa de internação

Cinge-se a controvérsia recursal na análise da possibilidade de recusa da



operadora do plano de saúde (ID 55902437) em autorizar e custear procedimento cirúrgico de parto cesariano à parte autora, ---, sob o argumento de que não houve o cumprimento do prazo de carência (300 dias) aplicável ao caso da segurada, consoante expressa estipulação contratual.

No presente caso, o laudo da ecografia gestacional acostado ao ID 55902325, informa a diminuição dos movimentos fetais e do líquido amniótico, o que fez o médico assistente sugerir a conduta tomada, haja vista que a avaliação da vitalidade fetal restou prejudicada, ante a diminuição dos movimentos apresentados durante o exame. Ademais, o prontuário acostado no ID 55902334, evidencia que o atendimento prestado a --- foi de urgência, posto que relata a presença de hipertensão gestacional (a pressão arterial da primeira autora foi aferida em 150 X 90 mmHg no laudo em questão).

Comprovado a situação de urgência durante o parto (haja vista o nítido risco de complicações), devem ser afastados os prazos de carência estipulados, a fim de resguardar a saúde da segurada naquele momento, mesmo que o lapso temporal entre a celebração do contrato e a enfermidade seja de poucos meses.

Diante da situação de urgência/emergência narrada, a gravidade do quadro da autora enseja a cobertura imediata, compreendendo todo e qualquer procedimento ou providência necessária ao afastamento da situação de risco, admitida, no máximo, uma carência de 24 (vinte e quatro) horas, que já se havia escoado.

Prescrevem os artigos artigo 12, inciso V, e 35-C, inciso I, da Lei 9.656/1998:

“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.***

(...)

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).

A Resolução CONSU 13/1998, invocada pelas apelantes, também prevê que o contrato de plano hospitalar com obstetrícia, como o presente caso (vide ID 55902436), deverá oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, sem qualquer restrição. Confira:

“Art. 2º O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

Parágrafo único. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

Art. 3º Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções. (Grifo nosso).

Assim, tratando-se de plano hospitalar e estando a segurada em situação de urgência/emergência, ultrapassado o prazo de 24 horas de carência, afigura-se ilegal eventual restrição de cobertura das despesas hospitalares.

Indisputável, portanto, a responsabilidade legal e contratual da apelante pela cobertura de todo o atendimento de urgência da apelada. Nesse sentido é o entendimento jurisprudencial deste Tribunal de Justiça, como ilustram os seguintes julgados:

CIVIL. PROCESSO CIVIL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR. EMERGÊNCIA. RECUSA. CARÊNCIA. PRAZO MÁXIMO. 24 HORAS. ATO ILÍCITO. SENTENÇA MANTIDA. DANO MORAL. CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. MANTIDO.

1. Apelação interposta em face da sentença que, confirmando a medida antecipatória, julgou procedente o pedido para determinar à ré o custeio da cirurgia e internação aos quais se submeteu a autora, bem como a condenação ao



pagamento de indenização a título de danos morais.

2. *Conquanto seja lícita a fixação de período de carência, a Lei n.º 9.656/98 - que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde -, nos artigos 12, inciso V, alínea "c", e 35-C, inciso I, excepciona o seu cumprimento em hipóteses de emergência, estabelecendo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura deste tipo de procedimento.*

3. *Devidamente atestado pelo médico assistente o caráter emergencial do procedimento cirúrgico (parto cesáreo) necessário ao restabelecimento da saúde do segurado, inclusive com a menção a sofrimento fetal, resta presente a hipótese de cobertura contratual, sendo ilícita a negativa do plano de saúde. Precedentes.*

4. *A recusa injustificada de cobertura médico-hospitalar, essencial para a manutenção da saúde do segurado, gera angústia e intranquilidade, frustrando a legítima expectativa de recuperação, além de atentar contra os princípios da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde, sendo capazes de ensejar compensação por dano moral.*

5. *A fixação do valor devido a título de danos morais deve levar em consideração os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, assim como a extensão do dano, de modo a atender ao caráter compensatório e, ao mesmo tempo, desestimular a prática de novas condutas.*

6. *Apelação conhecida e desprovida. (Acórdão 1270521, 07113881120198070004, Relator: SANDOVAL OLIVEIRA, 2ª Turma Cível, data de julgamento: 29/7/2020, publicado no DJE: 13/8/2020)*

APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PARTO. PRÉ ECLAMPSIA. URGÊNCIA. RECUSA NO ATENDIMENTO. PERÍODO DE CARÊNCIA. ILICITUDE. DANO MORAL CONFIGURADO. VALORAÇÃO.

1. *Apelação interposta contra a sentença que, em ação de indenização por danos morais, julgou procedentes o pedido autoral para condenar a ré ao pagamento de R\$ 20.000,00, a título de danos morais.*

2. *A cobertura para partos a termo não poderá possuir período de carência superior a 300 dias e, nos casos de urgência e emergência, não poderá ser superior a 24 (vinte e quatro) horas, art. 12, V, da Lei 9.656/98. Além disso, a cobertura do atendimento e internação, nos casos de emergência - risco imediato a vida ou de lesões irreparáveis ao paciente - e urgência - resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional, é obrigatória, nos termos do artigo 35-C, da Lei 9.656/98, garantindo-se ao consumidor a proteção de sua saúde e de sua integridade física. Precedentes do c. STJ.*

3. *Diante do quadro clínico da Autora e a urgência da internação, a recusa indevidamente do Plano de Saúde revela-se abusiva e atentatória à dignidade da pessoa humana e aos direitos da personalidade.*



4. *A compensação por danos morais deve ser arbitrada em observância aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade. Além disso, devem ser consideradas as funções preventiva, pedagógica, reparadora e punitiva, bem como a vedação de enriquecimento ilícito. Considerando as nuances do caso concreto, tenho que a indenização por danos morais no valor R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) se mostra desproporcional, motivo pelo qual, considerando as funções da indenização, reduzo o valor para R\$10.000,00 (dez mil reais).*

5. *Apelação da ré parcialmente provida. (Acórdão 1198118,07035001020188070009, Relator: CESAR LOYOLA, 2ª Turma Cível, data de julgamento: 28/8/2019, publicado no DJE: 11/9/2019)*

Por tais razões, a sentença não comporta qualquer reparo quanto a este ponto.

3) Dos Danos Morais

Quantos aos danos morais, estes restaram suficientemente comprovados na medida em que a recusa ilegítima de internação, agravou a aflição e o sofrimento da segurada (---), pois frustrou a sua legítima expectativa de poder contar com o plano de saúde no momento em que mais precisava, afetando atributos de sua personalidade.

A pessoa que paga plano de saúde, na expectativa futura de que este cumpra com sua obrigação, tem violada sua dignidade moral quando, em momento de fragilidade e angústia, se vê desamparada pelo plano.

A necessidade urgente de procedimento médico, quando a segurada se encontrava com risco de complicações (foi constatado no ID 55902334 a presença de hipertensão gestacional), provoca evidente abalo psicológico, suplantando meros aborrecimentos comuns na vida em sociedade.

O Superior Tribunal de Justiça reconhece o dano moral provocado pela recusa da operadora de plano de saúde em autorizar tratamento a qual o segurado faz jus: *"A recusa indevida pela operadora do plano de saúde em autorizar a cobertura de tratamento gera dano moral, porquanto agrava a situação de aflição psicológica e de angústia do paciente, não se tratando apenas de mero aborrecimento. (AgInt no REsp 1806691 / SP, Relator(a) Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 30/03/2020, DJe 01/04/2020)."*

Neste sentido, vale conferir também o seguinte precedente deste e. Tribunal



DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. PRELIMINAR DE INOVAÇÃO RECURSAL. REJEITADA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO PARA O CUSTEIO DE PARTO. CESÁRIA. PERÍODO DE CARÊNCIA. EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA DO TRATAMENTO. CLÁUSULA ABUSIVA. RECUSA ABUSIVA E ILEGAL. DANO MORAL CARACTERIZADO.

1. *A inovação em sede recursal é vedada pelo ordenamento jurídico como forma dese impedir a supressão de instância e lealdade processual. Há notória dialeticidade*

entre os fundamentos da sentença e o recurso de apelação, de modo que o princípio da impugnação específica restou devidamente atendido.

2. **Uma vez constatada a emergência/urgência no atendimento e a gravidade do estado de saúde da paciente, o período de carência a ser considerada é de no máximo vinte e quatro (24) horas a contar da vigência do contrato. Art. 12,**

inc. V, alínea c, da Lei n. 9.656/1998.

3. *É obrigatória a cobertura do atendimento em casos de emergência ou urgência. Art. 35-C, incs. I e II, da Lei n. 9.656/1998.*

4. **A negativa de autorização para o parto cesariano causa danos morais, por relegar ao desamparo a gestante, já afetada física e emocionalmente pelo iminente nascimento do seu filho, não caracterizando mero descumprimento**

contratual ou dissabor do cotidiano.

5. *O dano moral na hipótese dos autos é considerado in re ipsa, ou seja, opera-se independentemente de prova do prejuízo, bastando a mera ocorrência do fato para surgir o direito à sua reparação. Na reparação de danos morais, há de se considerar a situação pessoal de cada parte, tendo em vista o caráter compensatório que se almeja e também a finalidade preventiva de desestimular práticas análogas por parte do responsável.*

6. *O valor arbitrado pelo Juízo de Primeiro Grau, no importe de R\$ 12.000,00 (dozemil reais), atende aos preceitos visados, já que proporcional à violação ocorrida, mormente pelo fato de não acarretar qualquer enriquecimento sem causa, não havendo que se falar em redução do quantum.*

7. *Apelação desprovida.*

(Acórdão 1329311, 07239399520208070001, Relator(a): HECTOR VALVERDE SANTANNA, 2ª Turma Cível, data de julgamento: 24/3/2021, publicado no DJE:

12/4/2021. Pág.: Sem Página Cadastrada.) (Grifo nosso).

Levando em consideração, de um lado, a capacidade econômica das rés e a



inexistência de amparo legal ou jurisprudencial para o inadimplemento contratual efetuado (não se tratando de hipótese de dúvida razoável acerca de interpretação de cláusula contratual) e, de outro, o desgaste pessoal a que foi submetido a autora, obrigada a assumir os custos de procedimento de urgência da qual fazia jus, a importância de R\$ 7.000,00 (sete mil reais), fixada na origem, compensa adequadamente o dano moral e não degenera em enriquecimento ilícito.

Por essas razões, a sentença merece ser mantida quanto ao valor da indenização estipulada.

DISPOSITIVO

Posto isso, **nego provimento** aos apelos das rés.

Ante a sucumbência na esfera recursal, majoro a condenação em honorários advocatícios em 2% (dois por cento) sobre o valor da condenação, a ser arcado exclusivamente pelas rés.

É como voto.

A Senhora Desembargadora FÁTIMA RAFAEL - 1º Vogal

Com o relator

A Senhora Desembargadora MARIA DE LOURDES ABREU - 2º Vogal

Com o relator

DECISÃO

CONHECER E NEGAR PROVIMENTO, UNÂNIME



Conheço dos recursos interpostos, tendo em vista o preenchimento dos requisitos de admissibilidade.

Julgo simultaneamente os recursos das rés, --- LTDA e --- LTDA, especialmente por se tratar de hipótese de teses jurídicas similares aventadas em suas respectivas razões recursais.

Cuida-se de apelações interpostas por --- LTDA e --- LTDA, rés, em face de r. sentença proferida pelo Juízo da 12ª Vara Cível de Brasília que, em ação de obrigação de fazer cumulada com ação indenizatória com pedido de tutela de urgência proposta por --- e ANA HELENA ARRAIS BUOGO, julgou parcialmente procedentes os pedidos deduzidos na inicial.

A ré, --- LTDA, em suas razões recursais, alega que é mera intermediária, apenas operacionalizando o sistema de atendimento dos beneficiários do plano de saúde da --- e não tem responsabilidade quanto à autorização ou negativa de cobertura de procedimentos médicos ou exames. Assim, entende que a ação deve ser julgada improcedente em razão da ocorrência de fato exclusivo de terceiro que exclui a sua responsabilidade.

Aduz que não praticou nenhuma conduta abusiva e inadequada, pois no presente caso há a necessidade de observância dos prazos de carência.

Argumenta que não ficou configurada emergência ou urgência, portanto, a internação da Sra. --- foi corretamente negada pela ---.

Por fim, sustenta que não deve prosperar a sua condenação por danos morais, pois não ficou comprovada a ocorrência dos danos alegados pela parte autora. Subsidiariamente, defende a redução do valor da indenização para que seja evitado o enriquecimento sem causa.

Requer o provimento do apelo para que a sentença seja reformada, de forma a julgar improcedentes os pedidos autorais.



A ré, --- LTDA, em suas razões recursais, alega que houve a ausência de cobertura do parto por conta da carência contratual. Narra que a adesão do plano de saúde ocorreu em 18/01/2021, quando a autora já se encontrava na 13ª semana de gestação, devendo se sujeitar à carência de 300 dias.

Defende que basta a simples leitura dos documentos médicos para constatar que não há qualquer relatório indicando o estado de urgência ou emergência médica defendido na inicial.

Aduz que há precedentes do TJDFT no sentido de que só será considerada abusiva a negativa de cobertura de partos em período de carência nos casos em que ficar demonstrada a urgência ou emergência médica. Assim, a negativa da operadora foi justa e adequada.

Argumenta que não houve submissão das beneficiárias a qualquer situação de dor, abalo psicológico ou prejuízo à saúde, sendo incontroverso que o parto foi realizado tal como sugerido pelo médico assistente, ainda que por custeio particular. Portanto, não há que se falar na ocorrência de danos morais.

Ao final, requer provimento do recurso para que os pedidos iniciais sejam julgados improcedentes. Subsidiariamente, requer a redução do valor da indenização por dano moral para valor não superior a R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais).

Sem razão as Apelantes.

1) Da preliminar de ilegitimidade passiva alegada pela ré ---- LTDA

Cumpra destacar, de início, que a relação jurídico-material que envolve as partes demandantes submete-se ao regramento do Código de Defesa do Consumidor, porquanto diz respeito a contrato de plano de saúde.

Nesse sentido, o colendo Superior Tribunal de Justiça, nos termos da Súmula 608, pacificou o entendimento de que:

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

No presente caso, ambas as rés (MED HEALTH e ---), figuram



como fornecedoras, nos termos do art. 3º do CDC.

Por se tratar de uma relação sujeita à legislação consumerista, devem responder solidariamente todos os agentes que compõe a cadeia de fornecimento do produto/serviço pela falha na sua prestação, conforme disposto nos arts. 14 e 25, §1º e 34, do Código de Defesa do Consumidor.

A --- Ltda. presta serviços ao mercado de consumo e atua em parceria com as operadoras de planos de saúde. Ela se identifica como pessoa jurídica especializada no fornecimento de planos de saúde na modalidade pós-pagamento e no aluguel de rede nacional para operadoras de saúde, seguradoras, cooperativas ou para autogestões públicas e privadas.

Afirma que possui abrangência nacional e adota modelos personalizados de acordo com a região. Essas características são incompatíveis com uma atuação desinteressada e reforçam a obrigação de responder solidariamente perante o consumidor pela falha na prestação do serviço.

Evidente, portanto, que --- Ltda. possui responsabilidade solidária por eventuais falhas na prestação dos serviços médico-hospitalares em sua rede credenciada, ainda que o plano de saúde tenha sido contratado com a operadora de saúde MED HEALTH.

Nesse sentido, o entendimento dessa Colenda Corte de Justiça:

APELAÇÃO. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. ILEGITIMIDADE PASSIVA. VÍNCULO CONTRATUAL. AUSÊNCIA. DESNECESSIDADE. CADEIA. FORNECEDORES. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. PRELIMINAR REJEITADA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. AUTORIZAÇÃO. NEGATIVA. EMERGÊNCIA. URGÊNCIA. RECUSA INDEVIDA. ILICITUDE CONFIGURADA. DANOS MORAIS. CONFIGURAÇÃO.

- 1. A solidariedade entre os integrantes da cadeia de fornecedores decorre do próprio sistema de defesa do consumidor nos moldes estipulados pelo art. 7º, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor. Referida sistemática estende a responsabilidade pelos danos morais causados a beneficiário em virtude da negativa de cobertura de cirurgia de urgência à administradora de benefícios de saúde que oferece sua rede credenciada a operadoras de saúde, as quais firmam contratos com consumidores.***



2. *A defesa do consumidor é um direito fundamental com expressa previsão constitucional. O objeto da prestação dos serviços por parte das operadoras de planos de saúde está diretamente ligado aos direitos fundamentais à saúde e à vida, os quais demandam tratamento preferencial.*
3. *O período de carência a ser considerado é de, no máximo, vinte e quatro (24) horas a contar da vigência do contrato nos casos em que constatada emergência ou urgência no atendimento do paciente nos termos do art. 12, inc. V, alínea c, da Lei n. 9.656/1998.*
4. *É obrigatória a cobertura do atendimento pelo plano de saúde em casos de emergência ou urgência conforme disposição do art. 35-C, incs. I e II, da Lei n. 9.656/1998.*
5. *A recusa injustificada em autorizar a internação em situação de urgência é apta a configurar a ofensa aos direitos da personalidade, especificamente em relação à integridade física e psíquica, de forma a ser devida a indenização por danos morais.*
6. *A fixação do valor da reparação do dano moral deve observar as finalidades preventiva, punitiva e compensatória e os critérios gerais - equidade, proporcionalidade e razoabilidade - e específicos - grau de culpa do agente, potencial econômico e características pessoais das partes, repercussão do fato no meio social e a natureza do direito violado -, de modo a atender ao princípio da reparação integral. O valor do dano moral não pode promover o enriquecimento ilícito da vítima e não deve ser ínfimo a ponto de aviltar o direito da personalidade violado.*
7. *Dano moral mantido em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), consideradas as peculiaridades do caso concreto*
8. *Apelação desprovida.*
(Acórdão 1843417, 07236774320238070001, Relator(a): HECTOR VALVERDE SANTANNA, 2ª Turma Cível, data de julgamento: 3/4/2024, publicado no PJe: 15/4/2024. Pág.: Sem Página Cadastrada.) (Grifo nosso).

Dessa forma, rejeito a preliminar de ilegitimidade passiva suscitada.

2) Da negativa de internação

Cinge-se a controvérsia recursal na análise da possibilidade de recusa da



operadora do plano de saúde (ID 55902437) em autorizar e custear procedimento cirúrgico de parto cesariano à parte autora, ---, sob o argumento de que não houve o cumprimento do prazo de carência (300 dias) aplicável ao caso da segurada, consoante expressa estipulação contratual.

No presente caso, o laudo da ecografia gestacional acostado ao ID 55902325, informa a diminuição dos movimentos fetais e do líquido amniótico, o que fez o médico assistente sugerir a conduta tomada, haja vista que a avaliação da vitalidade fetal restou prejudicada, ante a diminuição dos movimentos apresentados durante o exame. Ademais, o prontuário acostado no ID 55902334, evidencia que o atendimento prestado a --- foi de urgência, posto que relata a presença de hipertensão gestacional (a pressão arterial da primeira autora foi aferida em 150 X 90 mmHg no laudo em questão).

Comprovado a situação de urgência durante o parto (haja vista o nítido risco de complicações), devem ser afastados os prazos de carência estipulados, a fim de resguardar a saúde da segurada naquele momento, mesmo que o lapso temporal entre a celebração do contrato e a enfermidade seja de poucos meses.

Diante da situação de urgência/emergência narrada, a gravidade do quadro d
a autora enseja a cobertura imediata, compreendendo todo e qualquer procedimento ou providência necessária ao afastamento da situação de risco, admitida, no máximo, uma carência de 24 (vinte e quatro) horas, que já se havia escoado.

Prescrevem os artigos artigo 12, inciso V, e 35-C, inciso I, da Lei 9.656/1998:

“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.***



(...)

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).

A Resolução CONSU 13/1998, invocada pelas apelantes, também prevê que o contrato de plano hospitalar com obstetrícia, como o presente caso (vide ID 55902436), deverá oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, sem qualquer restrição. Confira:

"Art. 2º O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

Parágrafo único. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

Art. 3º Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções. (Grifo nosso).

Assim, tratando-se de plano hospitalar e estando a segurada em situação de urgência/emergência, ultrapassado o prazo de 24 horas de carência, afigura-se ilegal eventual restrição de cobertura das despesas hospitalares.

Indisputável, portanto, a responsabilidade legal e contratual da apelante pela cobertura de todo o atendimento de urgência da apelada. Nesse sentido é o entendimento jurisprudencial deste Tribunal de Justiça, como ilustram os seguintes julgados:

CIVIL. PROCESSO CIVIL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR. EMERGÊNCIA. RECUSA. CARÊNCIA. PRAZO MÁXIMO. 24 HORAS. ATO ILÍCITO. SENTENÇA MANTIDA. DANO MORAL. CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. MANTIDO.

1. Apelação interposta em face da sentença que, confirmando a medida



antecipatória, julgou procedente o pedido para determinar à ré o custeio da cirurgia e internação aos quais se submeteu a autora, bem como a condenação ao pagamento de indenização a título de danos morais.

2. Conquanto seja lícita a fixação de período de carência, a Lei n.º 9.656/98 - que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde -, nos artigos 12, inciso V, alínea "c", e 35-C, inciso I, excepciona o seu cumprimento em hipóteses de emergência, estabelecendo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para a

cobertura deste tipo de procedimento.

3. Devidamente atestado pelo médico assistente o caráter emergencial do procedimento cirúrgico (parto cesáreo) necessário ao restabelecimento da saúde do segurado, inclusive com a menção a sofrimento fetal, resta presente a hipótese de cobertura contratual, sendo ilícita a negativa do plano de saúde. Precedentes.

4. A recusa injustificada de cobertura médico-hospitalar, essencial para a manutenção da saúde do segurado, gera angústia e intranquilidade, frustrando a legítima expectativa de recuperação, além de atentar contra os princípios da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde, sendo capazes de ensejar compensação por dano moral.

5. A fixação do valor devido a título de danos morais deve levar em consideração os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, assim como a extensão do dano, de modo a atender ao caráter compensatório e, ao mesmo tempo, desestimular a prática de novas condutas.

6. Apelação conhecida e desprovida. (Acórdão 1270521, 07113881120198070004, Relator: SANDOVAL OLIVEIRA, 2ª Turma Cível, data de julgamento: 29/7/2020, publicado no DJE: 13/8/2020)

APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PARTO. PRÉ ECLAMPSIA. URGÊNCIA. RECUSA NO ATENDIMENTO. PERÍODO DE CARÊNCIA. ILICITUDE. DANO MORAL CONFIGURADO. VALORAÇÃO.

1. Apelação interposta contra a sentença que, em ação de indenização por danos morais, julgou procedentes o pedido autoral para condenar a ré ao pagamento de R\$ 20.000,00, a título de danos morais.

2. A cobertura para partos a termo não poderá possuir período de carência superior a 300 dias e, nos casos de urgência e emergência, não poderá ser superior a 24 (vinte e quatro) horas, art. 12, V, da Lei 9.656/98. Além disso, a cobertura do atendimento e internação, nos casos de emergência - risco imediato a vida ou de lesões irreparáveis ao paciente - e urgência - resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional, é obrigatória, nos termos do artigo 35-C, da Lei 9.656/98, garantindo-se ao consumidor a proteção de sua saúde e de sua integridade física. Precedentes do c. STJ.



3. *Diante do quadro clínico da Autora e a urgência da internação, a recusa indevidado Plano de Saúde revela-se abusiva e atentatória à dignidade da pessoa humana e aos direitos da personalidade.*
4. *A compensação por danos morais deve ser arbitrada em observância aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade. Além disso, devem ser consideradas as funções preventiva, pedagógica, reparadora e punitiva, bem como a vedação de enriquecimento ilícito. Considerando as nuances do caso concreto, tenho que a indenização por danos morais no valor R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) se mostra desproporcional, motivo pelo qual, considerando as funções da indenização, reduzo o valor para R\$10.000,00 (dez mil reais).*
5. *Apelação da ré parcialmente provida. (Acórdão 1198118,07035001020188070009, Relator: CESAR LOYOLA, 2ª Turma Cível, data de julgamento: 28/8/2019, publicado no DJE: 11/9/2019)*

Por tais razões, a sentença não comporta qualquer reparo quanto a este ponto.

3) Dos Danos Morais

Quantos aos danos morais, estes restaram suficientemente comprovados na medida em que a recusa ilegítima de internação, agravou a aflição e o sofrimento da segurada (- -), pois frustrou a sua legítima expectativa de poder contar com o plano de saúde no momento em que mais precisava, afetando atributos de sua personalidade.

A pessoa que paga plano de saúde, na expectativa futura de que este cumpra com sua obrigação, tem violada sua dignidade moral quando, em momento de fragilidade e angústia, se vê desamparada pelo plano.

A necessidade urgente de procedimento médico, quando a segurada se encontrava com risco de complicações (foi constatado no ID 55902334 a presença de hipertensão gestacional), provoca evidente abalo psicológico, suplantando meros aborrecimentos comuns na vida em sociedade.

O Superior Tribunal de Justiça reconhece o dano moral provocado pela recusa da operadora de plano de saúde em autorizar tratamento a qual o segurado faz jus: "*A recusa indevida pela operadora do plano de saúde em autorizar a cobertura de tratamento gera dano moral, porquanto agrava a situação de aflição psicológica e de angústia do paciente, não se tratando apenas de mero aborrecimento. (AgInt no REsp 1806691 / SP, Relator(a) Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 30/03/2020, DJe 01/04/2020).*"



Neste sentido, vale conferir também o seguinte precedente deste e. Tribunal de Justiça:

DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. PRELIMINAR DE INOVAÇÃO RECURSAL. REJEITADA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO PARA O CUSTEIO DE PARTO. CESÁRIA. PERÍODO DE CARÊNCIA. EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA DO TRATAMENTO. CLÁUSULA ABUSIVA. RECUSA ABUSIVA E ILEGAL. DANO MORAL CARACTERIZADO.

1. *A inovação em sede recursal é vedada pelo ordenamento jurídico como forma dese impedir a supressão de instância e lealdade processual. Há notória dialeticidade entre os fundamentos da sentença e o recurso de apelação, de modo que o princípio da impugnação específica restou devidamente atendido.*
2. **Uma vez constatada a emergência/urgência no atendimento e a gravidade do estado de saúde da paciente, o período de carência a ser considerada é de no máximo vinte e quatro (24) horas a contar da vigência do contrato. Art. 12, inc.**

V, alínea c, da Lei n. 9.656/1998.

3. *É obrigatória a cobertura do atendimento em casos de emergência ou urgência. Art. 35-C, incs. I e II, da Lei n. 9.656/1998.*
 4. **A negativa de autorização para o parto cesariano causa danos morais, por relegar ao desamparo a gestante, já afetada física e emocionalmente pelo iminente nascimento do seu filho, não caracterizando mero descumprimento contratual ou dissabor do cotidiano.**
 5. *O dano moral na hipótese dos autos é considerado in re ipsa, ou seja, opera-se independentemente de prova do prejuízo, bastando a mera ocorrência do fato para surgir o direito à sua reparação. Na reparação de danos morais, há de se considerar a situação pessoal de cada parte, tendo em vista o caráter compensatório que se almeja e também a finalidade preventiva de desestimular práticas análogas por parte do responsável.*
 6. *O valor arbitrado pelo Juízo de Primeiro Grau, no importe de R\$ 12.000,00 (dozemil reais), atende aos preceitos visados, já que proporcional à violação ocorrida, mormente pelo fato de não acarretar qualquer enriquecimento sem causa, não havendo que se falar em redução do quantum.*
 7. *Apelação desprovida.*
- (Acórdão 1329311, 07239399520208070001, Relator(a): HECTOR VALVERDE SANTANNA, 2ª Turma Cível, data de julgamento: 24/3/2021, publicado no DJE: 12/4/2021. Pág.: Sem Página Cadastrada.) (Grifo nosso).



Levando em consideração, de um lado, a capacidade econômica das rés e a inexistência de amparo legal ou jurisprudencial para o inadimplemento contratual efetuado (não se tratando de hipótese de dúvida razoável acerca de interpretação de cláusula contratual) e, de outro, o desgaste pessoal a que foi submetido a autora, obrigada a assumir os custos de procedimento de urgência da qual fazia jus, a importância de R\$ 7.000,00 (sete mil reais), fixada na origem, compensa adequadamente o dano moral e não degenera em enriquecimento ilícito.

Por essas razões, a sentença merece ser mantida quanto ao valor da indenização estipulada.

DISPOSITIVO

Posto isso, **nego provimento** aos apelos das rés.

Ante a sucumbência na esfera recursal, majoro a condenação em honorários advocatícios em 2% (dois por cento) sobre o valor da condenação, a ser arcado exclusivamente pelas rés.

É como voto.



APELAÇÕES CÍVEIS. PLANO DE SAÚDE. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA REJEITADA. DESPESAS HOSPITALARES. INTERNAÇÃO. EMERGÊNCIA/URGÊNCIA. SEGMENTO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA. LIMITAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA. IMPOSSIBILIDADE. DANOS MORAIS. CABIMENTO.

1. A solidariedade entre os integrantes da cadeia de fornecedores decorre do próprio sistema de defesa do consumidor nos moldes estipulados pelo art. 7º, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor. Referida sistemática estende a responsabilidade pelos danos morais causados a beneficiário em virtude da negativa de cobertura de cirurgia de urgência à administradora de benefícios de saúde que oferece sua rede credenciada a operadoras de saúde, as quais firmam contratos com consumidores.
2. Tratando-se de plano hospitalar com obstetrícia e estando a segurada em situação de urgência/emergência, ultrapassado o prazo de 24 horas de carência, afigura-se ilegal eventual restrição de cobertura das despesas hospitalares.
3. Quantos aos danos morais, estes restaram suficientemente comprovados na medida em que a recusa ilegítima de internação, agravou a aflição e o sofrimento da segurada, pois frustrou a sua legítima expectativa de poder contar com o plano de saúde no momento em que mais precisava, afetando atributos de sua personalidade. A necessidade urgente de procedimento médico, quando a segurada se encontrava com risco de complicações (foi constatado no prontuário médico a presença de hipertensão gestacional), provoca evidente abalo psicológico, suplantando meros aborrecimentos comuns na vida em sociedade.
4. O Superior Tribunal de Justiça reconhece o dano moral provocado pela recusa da operadora de plano de saúde em autorizar tratamento a qual o segurado faz jus: *"A recusa indevida pela operadora do plano de saúde em autorizar a cobertura de tratamento gera dano moral, porquanto agrava a situação de aflição psicológica e de angústia do paciente, não se tratando apenas de mero aborrecimento. (AgInt no REsp 1806691 / SP, Relator(a) Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 30/03/2020, DJe 01/04/2020)"*.
5. Levando em consideração, de um lado, a capacidade econômica das rés e a inexistência de amparo legal ou jurisprudencial para o inadimplemento contratual efetuado (não se tratando de hipótese de dúvida razoável acerca de interpretação de cláusula contratual) e, de outro, o desgaste pessoal a que foi submetido a autora, obrigada a assumir os custos de procedimento de urgência da qual fazia jus, a importância de R\$ 7.000,00 (sete mil reais), fixada na origem, compensa adequadamente o dano moral e não degenera em enriquecimento ilícito.
6. Negou-se provimento aos apelos das rés.



Cuida-se de apelações interpostas por --- LTDA e --- LTDA, rés, em face de r. sentença proferida pelo Juízo da 12ª Vara Cível de Brasília que, em ação de obrigação de fazer cumulada com ação indenizatória com pedido de tutela de urgência proposta por --- e ---, julgou parcialmente procedentes os pedidos deduzidos na inicial.

Adoto o relatório da r. sentença:

“Trata-se de ação proposta por --- e --- em desfavor de --- LTDA e --- LTDA.

As autoras alegam que autora ---, em 18/01/2021, firmou com a 1ª

ré contrato de adesão ao plano de assistência à saúde da 2ª ré, com as seguintes coberturas: nacional; gestação e parto; fisioterapia; internamento hospitalar; consultas médicas; exames laboratoriais/procedimentos ambulatoriais; procedimentos hospitalares de alta complexidade.

Argumentam que a referida autora, com 39 semanas de gestação, pressão arterial elevada, dor de cabeça e inchaço excessivo, compareceu ao consultório médico em 06/07/2021 e realizou ecografia gestacional, a qual constatou líquido amniótico diminuído e avaliação da vitalidade fetal prejudicada pela diminuição dos movimentos apresentados durante o exame.

Dizem que, seguindo orientação médica, a primeira autora entrou em contato com o médico, na madrugada do dia 07/07/2021, relatando dor de cabeça e pressão elevada, quando foi orientada a comparecer à Maternidade Brasília, onde realizou procedimentos e deu a luz à segunda autora, mesmo diante da negativa de cobertura do plano de saúde.

Alegam que, após chegarem ao quarto (07/07/2021), uma funcionária compareceu ao quarto questionando se havia um posicionamento diferente em relação à negativa do plano, causando grande desespero à parturiente, que sequer conseguiu aproveitar o momento com sua filha.

Delineiam que, em 08/07/2021, quando realizavam procedimentos e exames, uma pessoa do setor financeiro do hospital questionou se a negativa do plano havia sido resolvida, na presença de 4 (quatro) profissionais e que, em caso



contrário, deveriam informar a forma de pagamento do valor em aberto.

Contam que a parturiente assumiu o compromisso de pagamento do procedimento, a fim de evitar o constrangimento de serem transferidas para a rede pública de saúde, e que, em 09/07/2021, pagou a importância de R\$ 10.450,00.

Asseveram: 1) ser aplicável ao caso as regras do Código de Defesa do Consumidor (CDC); 2) que os prazos de carência estabelecidos nos contratos de plano de saúde são relativizados pela Lei nº 9.656/98; 3) que sofreram constrangimentos indevidos, pois a parturiente foi obrigada a buscar informações e ferramentas para resolver um problema causado pela empresa contratada para lhe dar uma solução, quando sequer poderia falar para evitar gases e mais dores, do que as sentidas em decorrência do procedimento cirúrgico; 4) que a autora neonato deixou de receber cuidados de sua genitora, que foi obrigada a solicitar documentos e se preocupar com a dívida crescente, bem como escrever a petição inicial do processo para garantir que seus direitos sejam preservados; 5) que houve dano moral pelo desvio de tempo útil e que a primeira autora, após todo o desgaste passado com estresse causado, teve baixa produção de leite, secando totalmente antes da segunda autora completar 3 meses de vida, como prova o baixo ganho de peso da desta, causando ainda mais desespero nessa.

Ao fim, pedem:

- 1) A concessão do benefício da Justiça Gratuita, nos termos do art. 98, do CPC; e*
- 2) Condenação das rés, solidariamente, ao pagamento do valor de R\$10.450,00, referente às custas do parto; e R\$ 10.000,00, a título de danos morais, para cada autora.*

A primeira autora possui capacidade postulatória e representa a segunda, ID. 128893340.

A gratuidade de justiça foi deferida a favor da primeira autora, ID. 131547703.

A ré --- LTDA apresenta contestação ao ID. 142033708. Em preliminar, invoca sua ilegitimidade passiva, ao fundamento de que apenas operacionaliza o sistema de atendimento dos beneficiários do plano de saúde ---, não tendo qualquer poder para autorizar ou negar pagamento de despesas cobradas pelos hospitais credenciados.

No mérito, diz que: 1) firmou contrato com a operadora ---, que prevê responsabilidade exclusiva dessa; 2) a carta de negativa de cobertura foi elaborada pela referida operadora; 3) é necessário observância aos prazos de carência, pois o termo de adesão vigente foi assinado entre as partes em 01/02/2021 e estava em carência no momento da internação; 4) a situação narrada na inicial não se configurou de emergência, tampouco urgência, razão pela qual foi negada pela operadora, com base na RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU Nº 13 DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998; 5) o contrato firmado entre a partes observa a legislação de deve se cumprido, pois a autora sabia do prazo de carência; 6) descabe o pleito indenizatório, pois não houve conduta ilegal e que não houve qualquer comprovação, quanto aos danos que ela



alega ter sofrido; e 7) a indenização pleiteada configura enriquecimento sem causa.

A representação processual da parte ré está regular, ID. 142033706.

Tentativa conciliatória infrutífera, ID. 142506459.

A ré --- LTDA junta contestação ao ID. 144576245. Em preliminar, 1) impugna a concessão dos benefícios da gratuidade de justiça deferidos a favor da autora, porquanto a mesma possui plano de saúde e foi capaz de pagar o procedimento cirúrgico no valor de R\$ 10.450,00. Ademais, aponta que a declaração de imposto de renda indica que a autora auferiu o valor de R\$ 75.357,40, ao longo de 2021.

No mérito, defende que não havia situação de emergência que justificasse o afastamento da carência de 300 (trezentos) dias na hipótese dos autos. Argumenta que parto a termo é aquele que ocorre entre 37 e 42 semanas (258 a 293 dias) de gravidez e que a beneficiária já havia atingido as 39 (trinta) e nove semanas da gestação, sendo que, entre os sinais de que o nascimento está próximo, encontrase, a redução de movimento fetal, o que levou à decisão médica pela realização do parto. Assevera que a documentação acostada aos autos não aponta para urgência e emergência, que justificasse o afastamento da carência e que a cirurgia cesariana se submete a prazo de 180 dias, nos termos da Súmula Normativa Nº 25, de 13 de setembro de 2012, que regulou a carência nos procedimentos obstétricos. Destaca que a cobertura e a carência da primeira autora tiveram início em 01 de fevereiro de 2021, tendo passados 156 dias ao tempo do parto. Argumenta que a primeira autora tinha conhecimento do prazo de carência, não tendo havido ato ilícito, porque a operadora agiu de acordo com as normas vigentes e acordo firmado entre as partes. Impugna o pleito de indenização por danos morais, ao argumento de que não houve situação vexatória, porque a primeira autora pagou os procedimentos e que a segunda autora é ainda um bebê recém-nascido, sem qualquer ciência da situação.

Em réplica (ID. 147564277), as autoras, em relação à contestação da primeira ré, rebatem a preliminar de ilegitimidade da ré --- LTDA, ao argumento de que incidem ao caso a regras protetivas do CDC e que a ré --- atua na cadeia de consumo. No tocante ao prazo de carência, defendem que o prazo não é superior a 24 horas, na forma do art. 12 da Lei nº 9.656/98, e que a imediata intervenção cirúrgica foi determinada pelo obstetra para garantir o direito à vida das requerentes. Em relação ao dano moral, aduzem que a situação vivenciada ultrapassa o mero dissabor e que o pedido de indenização não configura enriquecimento ilícito, porque possui caráter pedagógico.

A respeito da contestação da ré ---, sustentam que a primeira requerida possui apenas 6 processos e que trabalha como celetista. Delineiam que a primeira autora é divorciada e recebe ajuda do genitor de suas filhas apenas para o pagamento da escola e plano de saúde da filha primogênita.

No mérito, ressaltam que fora constatado que o líquido amniótico estava diminuído, fornecendo pouca quantidade de oxigênio para o feto, o que poderia causar lesões no cérebro e em outros órgãos. Reafirma a responsabilidade solidária entre as



rés e argumenta que a segunda ré, sofre com diversos problemas de saúde em razão do esgotamento do leite materno e com o baixo ganho de peso em sua principal fase de desenvolvimento. Defendem a necessidade de inversão do ônus da prova, para que eventuais provas requeridas sejam produzidas pelas rés.

Em relação aos documentos juntados em sede de réplica, as rés reiteram os termos das contestações (IDs. 147994557 e 149321910).

As partes foram intimadas as especificaram provas (ID. 149456086), tendo a ré --- pugnado pelo julgamento antecipado do mérito (ID. 149877124) e a ré --- (ID. 151610525) não indicado novas provas.

O Ministério Público oficia pela procedência dos pedidos (ID. 173310159). (...)"

O juízo da 12ª Vara Cível de Brasília julgou no seguinte sentido:

"Antes o exposto, JULGO PROCEDENTE, EM PARTE, os pedidos para:

1) Condenar as rés, solidariamente, ao pagamento do valor de R\$10.450,00, referente às custas do parto, corrigidos pelo INPC desde a data do desembolso (28/07/2021 – ID. 128893342) e acrescidos de juros de mora de 1% ao mês a contar da citação da primeira ré (03/08/2022);

2) Condenar as rés, solidariamente, ao pagamento do valor de R\$7.000,00, a título de danos morais, corrigidos pelo INPC desde a data da prolação desta sentença e acrescidos de juros de mora de 1% ao mês a contar da citação da primeira ré (03/08/2022).

Resolvo o mérito do processo, art. 487, inciso I, do CPC.

Em face da sucumbência recíproca, mas não proporcional, condeno as partes a pagarem as despesas no processo na seguinte proporção: as rés arcarão com 75% (cada uma com a metade dessa cota), e a segunda autora com 25%. Os honorários, fixo em 10% do valor da condenação a favor da primeira autora e em 10% sobre R\$3.000,00 (proveito econômico obstado) em favor dos patronos das rés, honorários estes devidos pela segunda autora.

Suspendo a exigibilidade da verba sucumbencial devida pela parte autora, em razão da gratuidade concedida. Anote-se a gratuidade de justiça a favor da menor impúbere. (...)"

Inconformada, as autoras interpuseram Embargos de Declaração (ID 55902466).

Decisão rejeitando os Embargos (ID 55902473).

A parte ré, --- LTDA, interpôs Apelação (ID 55902476).

Em suas razões recursais, alega que é mera intermediária, apenas



operacionalizando o sistema de atendimento dos beneficiários do plano de saúde da --- e não tem responsabilidade quanto à autorização ou negativa de cobertura de procedimentos médicos ou exames. Assim, entende que a ação deve ser julgada improcedente em razão da ocorrência de fato exclusivo de terceiro que exclui a sua responsabilidade.

Aduz que não praticou nenhuma conduta abusiva e inadequada, pois no presente caso há a necessidade de observância dos prazos de carência.

Argumenta que não ficou configurada emergência ou urgência, portanto, a internação da Sra. --- foi corretamente negada pela ---.

Por fim, sustenta que não deve prosperar a sua condenação por danos morais, pois não ficou comprovada a ocorrência dos danos alegados pela parte autora. Subsidiariamente, defende a redução do valor da indenização para que seja evitado o enriquecimento sem causa.

Requer o provimento do apelo para que a sentença seja reformada, de forma a julgar improcedentes os pedidos autorais.

Preparo recolhido (ID 55902478).

Contrarrazões oferecidas (ID 55902481)

Após, a parte ré, --- LTDA, interpôs apelação (ID 55902482).

Em suas razões recursais, alega que houve a ausência de cobertura do parto por conta da carência contratual. Narra que a adesão do plano de saúde ocorreu em 18/01/2021, quando a autora já se encontrava na 13ª semana de gestação, devendo se sujeitar à carência de 300 dias.

Defende que basta a simples leitura dos documentos médicos para constatar que não há qualquer relatório indicando o estado de urgência ou emergência médica defendido na inicial.

Aduz que há precedentes do TJDFT no sentido de que só será considerada abusiva a negativa de cobertura de partos em período de carência nos casos em que ficar demonstrada a urgência ou emergência médica. Assim, a negativa da operadora foi justa e adequada.

Argumenta que não houve submissão das beneficiárias a qualquer situação



de dor, abalo psicológico ou prejuízo à saúde, sendo incontroverso que o parto foi realizado tal como sugerido pelo médico assistente, ainda que por custeio particular. Portanto, não há que se falar na ocorrência de danos morais.

Ao final, requer provimento do recurso para que os pedidos iniciais sejam julgados improcedentes. Subsidiariamente, requer a redução do valor da indenização por dano moral para valor não superior a R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais).

Preparo recolhido (ID 55902483).

Contrarrazões oferecidas (ID 55902487).

Parecer da Procuradoria de Justiça desfavorável aos apelos das rés (ID 55989531).

É o relatório.

