

**APELAÇÃO CÍVEL Nº 8604-14.2013.8.09.0051 (201390086046)**

Comarca de Goiânia

Apelante: Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico

Apelada: Lydia Antunes Scartezini

Relator: Des. **Kisleu Dias Maciel Filho**

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL C/C OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. APLICABILIDADE. NEGATIVA DE FORNECIMENTO DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO. URGÊNCIA. CARÊNCIA. ABUSIVIDADE. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. INVERSÃO DO ÔNUS DE SUCUMBÊNCIA. NÃO VERIFICADO. 1 - Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde (Súmula 469, do STJ). 2 - É irrelevante a questão referente à pré-existência da patologia quando se tratar de caso de urgência, como ocorre no tratamento de câncer (quimioterapia), pois, havendo urgência, não há possibilidade de a operadora do plano de saúde recusar a cobertura. 3 - Injusta a recusa da administradora do plano de saúde de atender o segurado em momento crítico de urgência, inegável o tangenciamento da esfera moral a ensejar reparação. 4 - A dignidade da pessoa constitui valor inerente à própria natureza humana e deve receber proteção incondicional do Estado. 5 - Demonstrado que a medicação solicitada e indicada pelo médico responsável integra o próprio tratamento do câncer que

acomete o beneficiário, com expressa previsão contratual de assistência prestada para quimioterapia, inegável que seu fornecimento deve ser suportado pela parte requerida. 6 - Mantida a sentença na íntegra, não há que se falar em inversão do ônus de sucumbência. 7 - RECURSO CUJO SEGUIMENTO RESTOU NEGADO, COM SUPEDÂNEO NO ARTIGO 557, CAPUT, DO CPC.

DECISÃO MONOCRÁTICA

Trata-se de recurso de apelação cível interposto por **Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico**, contra sentença proferida pelo MMº Juiz de Direito da 2ª Vara Cível desta Comarca de Goiânia, Dr. Dioran Jacobina Rodrigues, cujo relatório se adota, que nos autos da ação declaratória de nulidade de cláusula contratual c/c obrigação de fazer, promovida por **Lydia Antunes Scartezini**, assim decidiu, *verbis*:

“Ante o exposto, **julgo procedentes** os pedidos formulados na exordial, confirmando-se os efeitos da tutela antecipada concedida às fls. 29/36.

Condeno a parte requerida ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, estes fixados em R\$ 1.000,00 (mil reais), nos termos do art. 20, §4 do CPC” (fl. 170).

Inconformada, Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico interpôs recurso de apelação cível (fls. 173/188), onde após historiar os fatos, salienta que fora entabulado entre as partes, em março

de 2003, um Contrato de Plano de Saúde Suplementar – Individual/Familiar – Unifamília Cooperativo.

Afirma que, “No desenvolvimento normal desse pacto, a apelada postulou a cobertura do plano de saúde para terapia oncológica, o que de fato foi negado, em razão da **vigência do período legal/contratual de carência**” (fls. 174).

Relata, que a carência a ser observada pela recorrida, está claramente prevista no contrato firmado entre as partes, dentre elas a previsão do item 6.1, subitem “e”, das Condições Gerais, que determina:

“6.1 - Ficam excluídos da cobertura de qualquer segmento contratado, os serviços abaixo mencionados: (...) e) consultas, tratamentos e internações realizadas antes do início da cobertura contratada ou do cumprimento das carências previstas.” (sic - f. 115).

Aduz que apelada teria, inclusive, assinado declaração de conhecimento de carência (fl. 13), na qual está prevista referida carência para o tratamento oncológico de 180 (cento e oitenta) dias.

Verbera que a Lei 9.656/98, que regula os planos de saúde, permite a expressamente a fixação de carências para a cobertura do plano de saúde, segundo as normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS. Assim, inexistente vazio normativo que permita a interferência dos órgãos jurisdicionais na interpretação da extensão das obrigações dos planos de saúde, na vigência do período de carência.

Defende que, não se aplica ao caso em questão, o art. 51 do Código de Defesa do Consumidor, vez que as cláusulas contratuais

aqui discutidas estão em harmonia com o que determina o sistema de saúde desenvolvido pela iniciativa privada, não havendo se falar em abusividade da cláusula sob enfoque, haja vista que se não fosse o mecanismo legal da carência, inviabilizada estaria a atividade das operadoras de planos de saúde, não podendo, assim, conceituar a cláusula discutida como abusiva ou incompatível com a boa-fé e a equidade.

Salienta que, “mesmo que se compreendesse a carência como uma limitação de direitos, não se poderia olvidar para o fato de que tais disposições são admitidas pela legislação nacional, inclusive pelo Código de Defesa do Consumidor, ao que se vê do artigo 54, § 4º, desse estatuto...” (fl. 183).

Afirma que a relação entre usuários e operadores de planos de saúde não pode ser redigida exclusivamente pelas regras e princípios do Código de Defesa do Consumidor, pois se trata de matéria complexa, razão pela qual foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Ao final, requer o conhecimento e provimento do presente recurso, reformando-se integralmente a sentença, revertendo-se, de consequência, os ônus de sucumbência.

O preparo é visto à f. 189.

Devidamente intimada, a apelada ofertou contrarrazões às fls. 192/196, refutando todas as alegativas da apelante.

É, em síntese, o relatório. **DECIDO.**

Conheço do recurso e passo a analisá-lo na forma preconizada pelo art. 557, do CPC, que possibilita ao julgador decidir monocraticamente a questão, sem submetê-la à análise do órgão

colegiado.

Extrai-se dos autos que a autora/apelada ingressou com a presente ação requerendo a condenação da ré/apelante a fornecer cobertura de seu tratamento oncológico; bem como a declaração de nulidade das cláusulas contratuais abusivas referentes ao período de carência.

A paciente, Sra. Lydia Antunes Scartezini, foi diagnosticada com "câncer de mama", retirando o nódulo por meio de cirurgia custeada pela sua família, ante a negativa do plano de saúde em custeá-la; e, ainda, teria de se submeter a 6 (seis) ciclos de quimioterapia, sendo negado pela apelante, ao argumento de que referido procedimento encontrava-se no período de carência de 180 (cento e oitenta) dias.

Pela decisão lançada às fls. 29/36, a ilustre Magistrada então condutora do feito concedeu a tutela antecipada, determinando que a apelante dispensasse a cobertura de todo o tratamento quimioterápico necessário, de acordo com a prescrição médica, sob pena de multa diária no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), até decisão final do Juízo.

O pedido inicial foi julgado procedente, tendo o douto Magistrado de 1º grau confirmado a tutela antecipada, condenando a recorrente a realizar o tratamento médico recomendado para a paciente/recorrida.

Importante salientar que o legislador infraconstitucional definiu o Plano Privado de Assistência à Saúde, em seu art. 1º, I, da Lei n.º 9.656/1998, como:

"(...) prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo

indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor."

Em face da sua dimensão social, o Contrato de Plano de Saúde Particular, mesmo sendo tutelado pela Lei n.º 9.656/98, é fortemente influenciado pelas cláusulas gerais da boa-fé do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor, os quais estabelecem um diálogo sistemático de coerência e de coordenação com a lei dos planos de saúde.

Aliás, a Lei dos Planos de Saúde contém previsão expressa sobre a aplicabilidade das normas do Código de Defesa do Consumidor. Vejamos:

"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei no 8.078, de 1990."

A jurisprudência também é pacífica nessa direção, havendo, inclusive, Enunciado de Súmula do Tribunal da Cidadania, senão vejamos:

"Súmula nº 469: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde."



Na espécie, as condições gerais do plano de saúde colacionadas às fls. 105/139, estabelecem, quanto aos eventos excluídos da cobertura, que:

“6.1 - Ficam excluídos da cobertura de qualquer segmento contratado, os serviços abaixo relacionados:

(...)

e) consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura contratada ou do cumprimento das carências previstas” (fl. 115).

Porém, no contrato de adesão, qualquer restrição ao consumidor deve ser vista com reserva, na esteira do disposto pelos arts. 47 e 54, do CDC, sob pena de atingir os Princípios da boa fé e da transparência, bem como a própria Constituição da República, por se tratar de matéria afeta à garantia fundamental da saúde (arts. 6º, caput, e 196, da CF/88).

Nesse sentido, é o entendimento desta Corte Goiana:

“AGRAVO REGIMENTAL INTERPOSTO CONTRA DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGA SEGUIMENTO A RECURSO DE APELAÇÃO. AÇÃO DECLARATÓRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. PROCEDIMENTO E MATERIAIS CIRÚRGICOS (ABLAÇÃO DE FA - POR CATETER). TUTELA ANTECIPADA DEFERIDA. CONTRATO DE ADESÃO. APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. SENTENÇA CONFIRMADA. AGRAVO REGIMENTAL IMPROVIDO, FATO NOVO NÃO DEMONSTRADO. I - Por se tratar de contrato de adesão o que ora se analisa, aplicam-se as disposições do Código de Defesa do Consumidor, a fim de que sejam afastadas cláusulas abusivas, impondo-se interpretação mais favorável ao



segurado, especialmente, quando demonstrada a necessidade de ser submetido a procedimento cirúrgico para conservação de sua saúde e da própria vida. II - As cláusulas contratuais limitativas do direito do consumidor devem ser redigidas com a clareza exigida pelo CDC (art. 54, §4º, do CDC), de modo a facilitar a sua compreensão acerca das restrições que lhe foram impostas. Sendo assim, não havendo no contrato, com a clareza exigida, a exclusão do procedimento e materiais solicitados pelo autor, tampouco, as normas obstativas preconizadas pela ANS, não há que se falar em negativa de cobertura. III - Diante da negligência verificada no plano de saúde contratado, impõe-se o reconhecimento da obrigação de fazer da empresa contratante, que deve responder pela obrigação imposta na sentença, mormente considerando que lhe competia prestar maiores esclarecimentos ao contratado, em atenção aos princípios contratuais da lealdade e boa-fé, pois, é de se pressupor que ninguém contrata plano de saúde sabendo que não terá cobertura quando necessitar. IV - Outrossim, a emergência do procedimento a ser realizado, que admite a aplicabilidade do disposto no art. 35-C da Lei 9656/98, se verifica por si só. V- Por conseguinte, a decisão recorrida deve prevalecer inalterada, sobretudo, porque a agravante não apresentou qualquer fato novo que autorizasse a reforma pretendida, uma vez que se limitou à impugnação das questões já solucionadas. AGRAVO REGIMENTAL IMPROVIDO." (TJGO, APELACAO CIVEL 381378-03.2012.8.09.0051, Rel. DR(A). MARCUS DA COSTA FERREIRA, 4A CAMARA CIVEL, julgado em 11/09/2014, DJe 1632 de 19/09/2014 grifei);

"AGRAVO REGIMENTAL EM APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. CDC. MEDICAMENTO PARA O



USO DOMICILIAR. COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE. 1- Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor quando se tratar de contrato de plano de saúde, ao teor da Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça, cuja interpretação de cláusulas contratuais deve ser efetivada de maneira mais favorável ao consumidor, no intuito de se realizar a adequação da avença aos ditames legais. 2- Segundo entendimento do STJ o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma. 3- Assim, é abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento domiciliar quando essencial para garantir a saúde e, em algumas vezes, a vida do segurado. 4- recusa de cobertura ao tratamento a ser realizado no domicílio e também ao custeio dos medicamentos prescritos representa clara violação de direito do contratante e por certo gerou no paciente dano moral, ante o sofrimento suportado pela própria doença, que foi agravado pelo desgaste emocional financeiro. Entrementes, o valor arbitrado merece ser reduzido, para ajustar-se aos parâmetros arbitrados pelos tribunais pátrios em situações semelhantes. Dano moral reduzido para R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais), com acréscimo de juros de mora e correção monetária, conforme arbitrado na sentença a quo. AGRAVO REGIMENTAL CONHECIDO MAS DESPROVIDO.” (TJGO, APELAÇÃO CÍVEL 161602-64.2013.8.09.0051, Rel. DES. AMARAL WILSON DE OLIVEIRA, 2A CAMARA CIVEL, julgado em 23/02/2016, DJe 1981 de 03/03/2016 - grifei);

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. INCIDÊNCIA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. EXAME PET-CT. TUMOR PULMONAR. URGÊNCIA. DEVER DE COBERTURA. DANOS MORAIS. EXAME NÃO OBRIGATÓRIO SEGUNDO A ANS. CONDUTA DA APELANTE AMPARADA EM NORMA LEGAL. ÔNUS SUCUMBENCIAIS PRO RATA. APLICAÇÃO



DO ARTIGO 21, CAPUT, DO CPC. SENTENÇA REFORMADA EM PARTE. APELO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. I - Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor ao presente caso, por se tratar de contrato de plano de saúde, ao teor da Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça, cuja interpretação de cláusulas contratuais deve ser efetivada de maneira mais favorável ao consumidor, no intuito de se realizar a adequação da avença aos ditames legais. II - Diante da situação fática apresentada nos autos, é dever do plano de saúde contratado cumprir seu mister em relação ao cliente, sobretudo se o exame ou tratamento é classificado como urgente. III - Não configura o dano moral, a negativa de cobertura de exame com base nas normas que regem os planos e seguros privados de assistência à saúde, configurando a licitude da conduta. IV - Em razão da modificação do julgado e diante do princípio da sucumbência, devem as partes serem condenadas ao pagamento pro rata das custas processuais, devendo cada litigante arcar com os honorários de seus respectivos advogados, nos termos do artigo 21, caput, da Lei Adjetiva V - APELO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.” (TJGO, APELAÇÃO CÍVEL 408966-14.2014.8.09.0051, Rel. DR(A). EUDELICIO MACHADO FAGUNDES, 3A CAMARA CIVEL, julgado em 26/01/2016, DJe 1962 de 03/02/2016 - grifei).

Neste diapasão, é de se colocar em evidência que o contrato em questão é notoriamente classificado como de adesão, pois está claro que as cláusulas foram estabelecidas unilateralmente pela operadora de plano de saúde, sem qualquer possibilidade de discussão ou modificação de seu conteúdo pelo aderente.

A doutrina e o judiciário vêm afastando certas práticas das operadoras em face do leigo consumidor de saúde. Na regulamentação da

matéria, o interesse social deve prevalecer sobre o interesse econômico, levando-se em conta o direito fundamental à saúde e à dignidade da pessoa humana. A interpretação dos contratos deve ser feita sob a regra da boa-fé.

Sobre essa questão intrigada da previsão dos riscos e coberturas no contrato de seguro, observou com muita propriedade a Ministra NANCY ANDRIGHI que:

“Neste engenhoso mecanismo jurídico-econômico, a sociedade seguradora arrecada fundos junto a uma coletividade de pessoas, os segurados, celebrando contratos individuais, de forma que os esforços coletivos de poupança superem o valor de prejuízos estatisticamente verificáveis em certo período de tempo. Cada prejuízo individual é ressarcido pelo fundo comum administrado pela sociedade seguradora. Da diferença entre o total de indenizações pagas e o total de prêmios arrecadados, a seguradora retira sua remuneração.

Assim, a necessidade de segurança contra riscos que são individualmente incertos leva um grupo de pessoas, sob a administração de uma seguradora, ao um esforço mútuo e recíproco para se precaver contra prejuízos que são coletivamente, e segundo cálculos estatísticos, certos. Tal fato revela a natural dificuldade doutrinária de se classificar um contrato que é individualmente aleatório, mas coletivamente comutativo. Não se ignora, portanto, que o contrato de seguro se assenta sobre a de seleção de riscos, pois é inviável que um grupo de pessoas pretenda segurar-se contra todo e qualquer risco e, por outro lado, é inútil proteger-se contra nenhum risco.

É no processo de seleção de riscos que se revela o entrelaçamento de interesses que, em última instância, leva à celebração do contrato. O segurador busca maximizar as receitas que auferir para administrar o fundo comum que irá cobrir riscos bem delimitados, enquanto o segurado quer se proteger contra o

maior número de riscos pelo menor custo possível. A vontade livremente expressa pelas partes na escolha dos riscos cobertos pela apólice deveria revelar, portanto, o ponto ótimo de equilíbrio contratual. Ocorre que isso nem sempre ocorre na prática e, como consequência, o Poder Judiciário é freqüentemente chamado a solucionar litígios que envolvem cláusulas defeituosas, práticas comerciais abusivas e eventual má-fé de um das partes contratantes. Trata-se de boa-fé objetiva, devendo ser compreendida como regra de comportamento e não como mero estado subjetivo dos contratantes. Nesse sentido objetivo, a boa-fé exige que os contratantes se tratem com lealdade, de forma que a relação contratual não seja fonte de prejuízo para as partes. E mais do que ser fonte de deveres laterais, a boa-fé exerce papel relevante na limitação ao exercício inadmissível de posições jurídicas. A boa-fé restringe, portanto, o exercício de direitos, para que não se configure a abusividade. O contratante não pode exercer suas pretensões de forma anormal ou exagerada com a finalidade de prejudicar o outro contratante.” (STJ - REL Nº 763.648 - PR (2005/0108429-5 - RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI).

Da doutrina, colhe-se:

“(…). Em determinadas oportunidades, as operadoras adotam restrições quanto aos atendimentos dos consumidores ou exigem co-prestações abusivas, impondo que os mesmos assumam custos arbitrários. Nos planos de saúde, a cobertura financeira de riscos de assistência à saúde não pode ser limitada, já que os usuários possuem o direito a um atendimento qualificado diante de qualquer moléstia que apresentem, desde que reconhecida pela Classificação Internacional de Doenças. (SILVA, Joseane Suzart Lopes da. Planos de saúde e boa-fé objetiva. Uma abordagem crítica sobre os reajustes abusivos.” (2ª. ed. Salvador: Editora JusPodivm, 2010, p. 159)

A saúde, como bem relevante à vida e à dignidade da pessoa humana, foi elevada pela atual Constituição Federal à condição de direito fundamental, não podendo ser, portanto, caracterizada como simples mercadoria e nem pode ser confundida com outras atividades econômicas.

Na relação contratual deve se buscar a vontade das partes. Ao firmar um contrato de assistência à saúde, o consumidor visa à tranquilidade e segurança de um bom atendimento, pois o Poder Público, infelizmente, deixa a desejar no seu dever de garantir a saúde de seus cidadãos.

Noutro viés, ressalto ainda que, mesmo que se tratasse de doença preexistente, com ciência da consumidora, na hipótese em tela tal negativa de cobertura seria ilegítima, ante a urgência do tratamento indicado.

Desta feita, não é preciso ser profissional da área da saúde para compreender a gravidade de uma doença como o câncer, mormente no caso como o dos autos.

Portanto, ante a natureza da patologia que acometeu a autora/segurada/apelada, não restam dúvidas de que ela necessitava com urgência da quimioterapia para ter preservada sua saúde.

Nessa quadra, temos o disposto no art.35-C, I e II da Lei 9.656/98, a qual "Dispõem sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", que trata da obrigatoriedade da cobertura do plano de saúde nos casos de emergência ou urgência, senão vejamos:

"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 lesões irreparáveis para o paciente,



caracterizada em declaração do médico assistente; e

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional."

Ademais, a supracitada lei preconiza em seu artigo 12 que o prazo de carência é de no máximo 24 (vinte e quatro) horas nas hipóteses de emergência/urgência:

"Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano ou seguro-referência de que trata o art.10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

V - quando fixar períodos de carência:

(...)

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;"

Dessa forma, entende o Superior Tribunal de Justiça:

" (...) 3. "A interpretação de cláusula de carência estabelecida em contrato de plano de saúde deve, em circunstâncias excepcionais, como a necessidade de tratamento de urgência decorrente de doença grave, ser ponderada a fim de assegurar o eficiente amparo à vida e à saúde" (AgRg no AREsp n. 320.484/PA, Relator Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, TERCEIRA TURMA, julgado em 11/2/2014, DJe 17/2/2014). (...)". (AgRg no AREsp 672.242/DF, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 27/10/2015, DJe 06/11/2015);



"(...) . 2. A cláusula contratual que prevê prazo de carência para utilização dos serviços prestados pelo plano de saúde não é considerada abusiva, desde que não obste a cobertura do segurado em casos de emergência ou urgência. (...) ." (AgRg no REsp 1432505/DF, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 02/02/2016, DJe 16/02/2016) .

Sendo assim, forçosa é a conclusão de abusividade da conduta da ré em recusar a cobertura do procedimento de urgência/emergência, especialmente se confrontada com os princípios que norteiam as relações de consumo, legislação esta que abriga a modalidade de contrato em questão.

O Código de Defesa do Consumidor não tolera as cláusulas abusivas, que impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade dos fornecedores, estabeleçam obrigações consideradas iníquas ou coloquem o consumidor em desvantagem exagerada. Os direitos fundamentais do consumidor não podem ser restringidos contrariando a natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto.

Como consequência, o objetivo precípuo da assistência médica contratada, é o de restabelecer a saúde do paciente através dos meios técnicos existentes que forem necessários, não devendo prevalecer, portanto, limitação contratual alguma que impeça a prestação do serviço médico-hospitalar, mormente em se tratando o pacto firmado de contrato de adesão, em que as cláusulas são, como já frisado, pré-determinadas.

Por oportuno, colaciono o julgado de minha relatoria,

verbis:

"AGRAVO REGIMENTAL. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO COMINATÓRIA E REPARATÓRIA. OMISSÃO. AUSÊNCIA. PLANO DE



SAÚDE. RECÉM NASCIDA. DOENÇA PREEXISTENTE. AGRAVAMENTO DO QUADRO CLÍNICO DA BENEFICIÁRIA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA. NÃO INCIDÊNCIA EM CASOS DE TRATAMENTO EMERGENCIAL COM RISCO DE MORTE OU LESÃO IRREPARÁVEL. RESOLUÇÃO Nº 13/98 DO CONSU. INAPLICABILIDADE. 1. Nos contratos de plano de saúde, a carência máxima admitida nos casos de emergência que implicarem risco de morte ou de lesões irreparáveis ao paciente é de 24 (vinte e quatro) horas, nos termos dos arts. 12, V, "c", e 35-C, I, da Lei nº 9596/98. 2. Não tem aplicação, por clara exorbitância do poder regulamentar, a Resolução nº 13/98, do Conselho de Saúde Complementar, na parte em que estabelece limitação não prevista na Lei nº 9596/98, concernente à exclusão da cobertura se houver necessidade de internação em situações de emergência ocorridas durante o prazo de carência. 3. Nos termos do art. 11 da Lei nº 9.656/98, é vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos. 4. O prazo máximo de carência para cobertura nos casos de urgência ou emergência é de 24 (vinte e quatro) horas, consoante dispõe o art. 12, V, "c", da Lei nº 9.656/98. 5. Inaplicável, a Resolução nº 13/98 do CONSU, posto que contém disposição conflitante com a Lei 9.656/98. 6. o Relator deve resolver as questões debatidas, mas não está obrigado a apreciar cada uma das alegações trazidas, tampouco fazer referência a cada artigo de lei citado pelas partes. 7. O STJ consagra o entendimento de que, nas hipóteses de recusa injustificada de cobertura de plano de saúde, o dano moral é do tipo in re ipsa, sendo, portanto, presumida a sua ocorrência. 8. AGRAVO REGIMENTAL CONHECIDO E DESPROVIDO." (TJGO, APELAÇÃO CÍVEL 220712-57.2014.8.09.0051, Rel. DES. KISLEU DIAS MACIEL FILHO, 4A CAMARA CIVEL, julgado em 28/01/2016, DJe 1970 de 17/02/2016).

Desse modo, considerando o inegável caráter de urgência/emergência do tratamento médico indicado, tem-se que a negativa da seguradora em cobrir o procedimento foi abusiva.

Diante da manutenção da sentença atacada, não há se falar em inversão do ônus de sucumbência.

Na confluência do exposto, autorizado que estou pelo art. 557, *caput*, do CPC, nego seguimento ao recurso apelatório em epígrafe, ante a sua manifesta improcedência.

Intime-se.

Após o trânsito em julgado desta decisão, remeta-se os autos ao Juízo de Origem, com as cautelas necessárias.

Goiânia, 11 de março de 2016.

Des. Kisleu Dias Maciel Filho

Relator