



**APELAÇÃO CÍVEL Nº446947-52.2013.8.09.0006 (201394469470)**

COMARCA DE ANÁPOLIS

**1º APELANTE : UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

**2º APELANTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DE GOIÁS**

**1º APELADA : SÔNIA APARECIDA FRANCISCO SILVA**

**2º APELADA : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DE GOIÁS**

**3º APELADA : UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

**RELATOR : DES. AMARAL WILSON DE OLIVEIRA**

**VOTO**

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço do reexame obrigatório e da apelação cível interposta.

De início, registro que o novo Código de Processo Civil, com vigência a partir de 18/03/2016, prevê expressamente em seu artigo 14, *in verbis*:

“Artigo 14 - A norma processual não retroagirá e será aplicável imediatamente aos processos em curso, respeitados os atos processuais praticados e as situações jurídicas consolidadas sob a vigência da norma revogada.”



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

Assim, em observância à regra de transição, à luz da “teoria do isolamento dos atos processuais”, incide, na espécie, o regramento previsto no Código de Processo Civil de 1973, eis que o presente recurso fora interposto em face da sentença proferida em 15.04.2015 e recebida na escrivania em 04.05.2015, ainda, na vigência do Código revogado.

Trata-se de Apelações Cíveis interpostas, em face da sentença de fls. 484/492, proferida pelo MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da comarca de Anápolis, Dr. Eduardo Walmory Sanches, que julgou procedentes os pedidos contidos na inicial da Ação de Obrigação de Fazer c/c Indenização por danos morais interposta por **SÔNIA APARECIDA FRANCISCO SILVA** em desfavor da **UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** e **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DE GOIÁS**, ora recorrentes.

Analiso, *a priori*, o recurso promovido pela **UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** às fls. 506/535.

A recorrente sustenta a incompetência absoluta do Juízo, em razão da Caixa de Assistência dos Advogados de Goiás – CASAG estar no polo passivo da ação, havendo que ser remetido o processo para o juízo competente, com anulação dos atos decisórios proferidos (artigo 109 da CF).

Embora a recorrente defenda ser competente para processar e julgar o presente feito a Justiça Federal, essa alegação não prospera, uma vez que a discussão travada na lide não diz respeito a contrato ou relação de trabalho, mas a prestação do plano de assistência à saúde mantido pela CASAG, em solidariedade



com a UNIMED.

O STJ, por meio da ADIN 3.026/DF fixou como competente a Justiça Estadual para julgar e processar as ações relacionadas à Ordem dos Advogados do Brasil:

“PROCESSUAL CIVIL – RECURSO ESPECIAL – MANDADO DE SEGURANÇA – ATO DE PRESIDENTE DE SUBSEÇÃO DA OAB – COMPETÊNCIA – PROCESSO DISCIPLINAR – QUEBRA DE SIGILO – IMPOSSIBILIDADE. 1. **A Justiça estadual é competente para processar e julgar mandado de segurança contra ato de Presidente de Subseção da OAB restrito à esfera de sua competência, que não se projeta no âmbito federal.** 2. Inadmissível a divulgação ostensiva dos nomes dos indiciados em processo disciplinar, quando inexistente decisão definitiva do órgão competente sobre presumível infração à ética profissional pelos implicados. 3. Recurso conhecido, porém, improvido.” (REsp 235.723/SP, Rel. Ministro FRANCISCO PEÇANHA MARTINS, SEGUNDA TURMA, julgado em 19/02/2002, DJ 04/11/2002, p. 178)

“CONFLITO DE COMPETÊNCIA – AÇÃO CIVIL PÚBLICA PROPOSTA PELA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, SECCIONAL DO TOCANTINS, E PELO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL – CONCURSO PÚBLICO PARA O CARGO DE JUIZ SUBSTITUTO – COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA ESTADUAL. 1. Inexistente entre a Ordem dos Advogados do Brasil e a Administração Pública Federal Direta vínculo de coordenação ou subordinação hierárquica e funcional. 2. **A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça tem afastado a competência da Justiça Federal, quando não houver interesse direto e manifesto da União.** 3. Em Ação Civil Pública, a regra para a fixação da competência é territorial e



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

funcional, definindo-se pelo local onde ocorreu o dano e, sobretudo, pela função exercida pela autoridade pública, a quem se atribui a responsabilidade do dano ocorrido (Lei nº 7.347/85, art. 2º). 4. Ação Civil Pública proposta contra concurso público, para o provimento de cargo de Juiz Substituto do Estado do Tocantins, deve ser processada e julgada na Justiça Estadual, devido à obrigação do Poder Judiciário de zelar pela intangibilidade do Pacto Federativo e pela garantia da autonomia dos entes federados. 5. Conflito conhecido, para declarar a competência da Justiça Estadual." (CC 47.613/TO, Rel. Ministro JOSÉ ARNALDO DA FONSECA, Rel. p/ Acórdão Ministro PAULO MEDINA, TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 22/06/2005, DJ 22/08/2005, p. 126) (negrito acrescentado)

Soma-se a isso, o fato de que nas Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde Suplementar – Plano Coletivo por Adesão – Uni estadual -Enfermaria, anexo às fls. 310/343 celebrado entre a CASAG e a UNIMED, resta claro que a Unimed/Goiás atua como prestadora de serviços médicos contratada pela Caixa de Assistência dos Advogados de Goiás, possuindo, portanto, legitimidade passiva para responder pela procedência do pedido.

Outrossim, acrescento que os pareceres da Agência Nacional de Saúde, dados em processos administrativos e judiciais de casos semelhantes, são no sentido de que a Autarquia, *in casu*, CASAG, figura no contrato firmado com a UNIMED como intermediadora dos contratos de planos de saúde feitos entre ela e os seus filiados.

Assim, não tem como ser acolhida a preliminar levantada pela recorrente, vez que a Justiça Estadual é competente para processar e julgar o



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

presente feito.

Afasto, pois essa prefacial.

Antes de adentar ao mérito, insta salientar a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde (Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça).

Súmula 469 - "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.

Nesse toar, como todo plano ou seguro de saúde está submetido às disposições do Código de Defesa do Consumidor, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas da maneira mais favorável ao consumidor, parte hipossuficiente da relação, nos termos do artigo 47 do referido Código.

Inicialmente, à luz da Constituição Federal de 1988, há que se ressaltar a existência de uma hierarquia entre os bens juridicamente tutelados pela Carta Magna, em que o direito à vida se sobrepõe aos demais, em especial ao patrimonial, conforme magistério do preclaro autor Alexandre de Moraes:

"O direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, pois seu asseguramento impõe-se, já que se constitui um pré-requisito à existência e exercício de todos os demais direitos.

A Constituição Federal assegura, portanto, o direito a vida, cabendo ao Estado assegurá-lo em sua dupla acepção, sendo a primeira relacionada ao direito de continuar vivo e a segunda de ter vida digna quanto à subsistência." (Constituição do Brasil Interpretada e Legislação Constitucional, Editora Atlas, 2005, p.176)

Assim sendo, há que se pesar os dois direitos envolvidos no caso sob exame: o direito à vida e o direito patrimonial, sendo imane de dúvidas que



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

o primeiro, previsto no *caput* do art. 5º da CF/88, tem absoluta primazia sobre qualquer bem ou interesse meramente patrimonial.

Desta forma, tendo como base a explanação acima, fundamento esta decisão seguindo essa diretriz.

Consabido que a relação entre as partes do processo é tida como tipicamente consumerista, devendo, portanto, ser analisada à luz do Código de Defesa do Consumidor – CDC, que, em seu art. 51, preceitua:

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços:

(...)

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade.

(...)

§ 1º Presumem-se exageradas, entrou outros casos, a vantagem que:

(...)

II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual.”

Diante disso, e, como bem destacado pelo magistrado sentenciante:

*“...Referido diploma legal, procurando proteger o consumidor de eventuais abusos por parte dos fornecedores, taxou de nulas as cláusulas consideradas abusivas, conforme se constata da redação do artigo 51 e seus vários incisos, que exemplifica algumas hipóteses de abusividade.*

*Então, como se depreende do dispositivo, qualquer*



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

*cláusula contratual abusiva que for inserida em um contrato de natureza consumerista, tal como os contratos de plano de saúde, deverá ser considerada nula de pleno direito, portanto inaplicável ao consumidor.*

*Mesmo assim, no tocante aos referidos contratos, os planos de saúde veem mantendo cláusulas abusivas, como, por exemplo, aquelas que excluem da cobertura a realização de cirurgia para o implante de próteses de qualquer natureza, limitações de internação, tratamento aos portadores de HIV, etc, deixando os consumidores em situação de extrema necessidade e vulnerabilidade, pois não podem contar com seus convênios na hora em que mais necessitam.*

*Outrossim, com o intuito de dar maior proteção e segurança para os contratantes de planos de saúde, foi editada a Lei n. 9.656/98, que, dentre outras determinações, obrigou aos planos de saúde a cobrir qualquer necessidade imperiosa e urgente na qual se encontre o aderente, como se pode extrair da redação da referida Lei, em seu artigo 35 C, inciso I, com a redação dada pela Medida Provisória n.º 2.177-44 de 24.08.2001, que expressamente determina..."*

**A propósito, estabelece o art. 35-C, da Lei n.º 9.656/98, *in***

***verbis:***

"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, caracterizada em declaração do médico assistente.

**É assente na jurisprudência que:**

"AGRAVO INTERNO. AÇÃO DE RESTITUIÇÃO DE IMPORTÂNCIAS PAGAS. APLICAÇÃO DO CDC. PLANO



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. NEGATIVA INDEVIDA. AUSÊNCIA DE ARGUMENTO NOVO. 1. As normas do Código de Defesa do Consumidor aplicam-se às relações estabelecidas entre os planos de saúde e seus beneficiários, conf. Súmula nº 469 do colendo STJ. 2. A cláusula de carência do contrato de plano de saúde deve ser mitigada diante de situações emergenciais graves, nas quais a recusa de cobertura pode frustrar a razão de ser do negócio jurídico firmado. 3. Quando a parte se utiliza dos meios disponíveis na lei adjetiva codificada na busca de direitos que entende ser titular, não incorre em litigância de má-fé, sobretudo porque essa não se presume, exigindo a presença de prova robusta das situações dispostas no art. 17 do CPC/73, ausente no caso concreto. 4. Impende que seja desprovido o agravo interno que não traz, em suas razões, qualquer argumento novo que justifique a modificação da decisão monocrática anteriormente proferida. AGRAVO INTERNO CONHECIDO E DESPROVIDO." (TJGO, APELACAO CIVEL 342133-14.2014.8.09.0051, Rel. DES. OLAVO JUNQUEIRA DE ANDRADE, 5A CAMARA CIVEL, julgado em 07/07/2016, DJe 2069 de 15/07/2016.

"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. DOENÇA GRAVE. RISCOS À PACIENTE. NEGATIVA INDEVIDA. DANO MORAL. Conforme a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, o período de carência contratualmente estipulado pelos planos de saúde, excepcionalmente, não prevalece diante de situações emergenciais graves nas quais a recusa de cobertura frustra a razão de ser do negócio jurídico firmado, agravando a situação psicológica e gerando aflição ao



tribunal  
de justiça  
do estado de goiás



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

*contratante/paciente emergencial, situação esta verificada no caso em análise. APELAÇÃO CONHECIDA. PROVIMENTO NEGADO.”(TJGO, APELACAO CIVEL 205696-63.2014.8.09.0051, Rel. DES. ALAN S. DE SENA CONCEICAO, 5A CAMARA CIVEL, julgado em 30/06/2016, DJe 2065 de 11/07/2016)*

**Nesse sentido, cito os seguintes os julgados do Superior**

**Tribunal de Justiça:**

“AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO (ART. 544, DO CPC) - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE CONHECEU PARCIALMENTE DO RECLAMO E, NESSA EXTENSÃO, NEGOU-LHE PROVIMENTO. IRRESIGNAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. 1. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. Súmula 469/STJ. 2. Recusa indevida, pela operadora de plano de saúde, da cobertura financeira do tratamento médico do beneficiário. Ainda que admitida a possibilidade de previsão de cláusulas limitativas dos direitos do consumidor (desde que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil compreensão), revela-se abusivo o preceito constante do contrato de plano de saúde excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico coberto ou de internação hospitalar. Precedentes. (omissis).5. Agravo regimental desprovido, com a imposição de multa.”(AgRg no AREsp 191.277/RS, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 28/05/2013, DJe 11/06/2013)

“PROCESSUAL CIVIL E CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONTRATOS. ALEGADA CONTRARIEDADE AO ART. 6º DA LICC. ANÁLISE VEDADA EM SEDE DE RECURSO ESPECIAL. CLÁUSULA CONTRATUAL. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. PLANO DE SAÚDE. ILEGALIDADE DA EXCLUSÃO DE STENTS DA COBERTURA SECURITÁRIA. DECISÃO MANTIDA. 1. A matéria contida no art. 6º da LICC (atual LINDB) tem índole constitucional, razão pela qual é vedada a análise em recurso especial. 2. O recurso especial não



*Gabinete do Desembargador Amara Wilson de Oliveira*

comporta o exame de questões que demandem o revolvimento de cláusulas contratuais e do contexto fático probatório dos autos, em razão da incidência das Súmulas n. 5 e 7 do STJ. 3. Está consolidado nesta Corte o entendimento segundo o qual é abusiva a cláusula contratual que exclua da cobertura do plano de saúde algum tipo de procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas pelo referido plano. Precedentes. 4. Agravo regimental desprovido." (AgRg no AREsp 190.576/SP, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 05/03/2013, DJe 12/03/2013)

"AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. ABUSIVIDADE DA CLÁUSULA CONTRATUAL. MEDICAMENTO AMBULATORIAL OU DOMICILIAR. 1.- A jurisprudência desta Corte é no sentido de que o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma delas. 2.- "É abusiva a cláusula contratual que determina a exclusão do fornecimento de medicamentos pela operadora do plano de saúde tão somente pelo fato de serem ministrado em ambiente ambulatorial ou domiciliar." (AgRg no AREsp 292.901/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, DJe 04/04/2013). 3.- Agravo Regimental improvido." (AgRg no AREsp 300.648/RS, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, julgado em 23/04/2013, DJe 07/05/2013)

Assim, dentro desse contexto, entendo por indevida a negativa da requerida em custear o tratamento de saúde da autora (cirurgia-Rizotomia por Radiofrequência), que foi acometida por doença grave e com indicação médica de realização de procedimento cirúrgico, pois, segundo informa, estava vivendo à base de morfina durante todo o tempo, face a dor que sentia.

Destarte, a gravidade da doença restou suficientemente evidenciada pelos exames e relatório médico apresentados pela apelada,



demonstrando a necessidade urgente da realização do procedimento cirúrgico, a fim de evitar os efeitos danosos dela decorrentes (paraplegia), inclusive para a preservação da vida, o que legitima a pretensa quebra de carência contratual, nos termos do dispositivo legal supratranscrito.

Vale registrar que a jurisprudência possui orientação pacificada no sentido de que o período de carência contratual estipulado pelos planos de saúde não deve prevalecer caso evidenciada uma situação emergencial.

E, como demonstrado no caso em estudo, não havia como negar a natureza emergencial da cirurgia, uma vez que, a realização tardia do procedimento cirúrgico recomendado pelo médico, acarretaria sem qualquer dúvida, prejuízos irreparáveis à sua saúde (paraplegia).

#### A propósito:

“(...). 1. As Turmas de Direito Privado deste Superior Tribunal entendem que a cláusula de carência do contrato de plano de saúde deve ser mitigada diante de situações emergenciais graves nas quais a recusa de cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado. Precedentes. [...]” (STJ, Quarta Turma, AgRg no AREsp. nº 437.831/GO, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, DJe de 13/05/2014).

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM TUTELA ANTECIPADA. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DO AUTOR EM CARÁTER DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. CARÊNCIA. APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PACTA SUNT SERVANDA. INOBSERVÂNCIA. I - Não há se falar em



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

carência do plano de saúde para tratamento do autor em caso de urgência/emergência. Assim, ainda que o contrato celebrado entre as partes estabeleça a impossibilidade de custeio de qualquer procedimento ou tratamento médico, disposição legal, consubstanciada na Lei nº 9.656/98, dentre outras determinações, obriga aos planos de saúde a cobrir qualquer necessidade imperiosa e urgente na qual se encontre o aderente, nos termos do seu artigo 35-C, inciso I, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. II - Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor. De outra feita, inaplicável o princípio da força obrigatória das avenças - pacta sunt servanda. APELAÇÃO CONHECIDA E DESPROVIDA." (TJGO, 6ª Câmara Cível, Apelação Cível nº 140427-19.2010.8.09.0051 de 27/05/2015, Rel. Des. Fausto Moreira Diniz, DJ nº 1.793 de 27/05/2015)

A recorrente aduz que não houve negativa exarada pela Unimed Goiânia, vez que segue os comandos da CASAG por ser esta a responsável pela administração da sinistralidade do contrato.

Porém, no tocante à legitimidade da Unimed - Goiânia, ora recorrente, no polo passivo da relação processual, a meu ver esta deriva da existência de responsabilidade solidária entre as unidades de cobertura de saúde em referência, pois restou demonstrado que a Unimed Goiás atua como prestadora de serviços médicos contratada pela Caixa de Assistência dos Advogados de Goiás, possuindo, portanto, legitimidade passiva para responder pela procedência do pedido.

Assim, tal argumentação não prospera, posto que o



beneficiário de plano de saúde, seja por contratação direta, seja por meio de intermediação de terceiros, tem legitimidade para exigir a prestação dos serviços contratados.

Neste sentido:

**"PLANO DE SAÚDE. CONTRATO INTERMEDIADO POR PESSOA JURÍDICA AO SEUS EMPREGADOS. LEGITIMIDADE. LIMITAÇÃO TEMPORAL AO TRATAMENTO MÉDICO E HOSPITALAR. CLÁUSULA ABUSIVA.**

1 - O fato da pessoa jurídica intermediar a contratação de plano de saúde aos seus empregados, não retira destes a legitimidade ativa para atuarem em juízo contra a contratada, porque quem necessita dos serviços médicos e hospitalares são as pessoas naturais e não as jurídicas. 2 - A cláusula restritiva do tempo de internação necessário ao tratamento intensivo do paciente, contida em contrato de plano de saúde, e abusiva, porque coloca em desvantagem exagerada o usuário dos serviços médicos e hospitalares, ferindo, frontalmente, o art. 51, IV, do código de defesa do consumidor. 3 - Recurso conhecido e não provido. O Tribunal, a unanimidade de votos, conheceu do apelo, mas negou-lhe provimento". (TJGO, APELAÇÃO CÍVEL 51657-3/188, TJGO TERCEIRA CAMARA CÍVEL, JULGADO EM 14/12/2000, DJE 13457 DE 10/01/2001)

E, ainda, de acordo com o posicionamento recente do Superior Tribunal de Justiça, em casos de negativa indevida de cobertura para procedimentos considerados como emergenciais, com risco de morte ou danos irreversíveis, acarreta em dano moral, ante o abalo psíquico gerado em momento de natural transtorno emocional decorrente do problema de saúde grave, conforme se extrai:



*Gabinete do Desembargador Amara Wilson de Oliveira*

"AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CARÊNCIA. CONTRATO QUE AFASTA A NECESSIDADE DE CUMPRIMENTO DO PRAZO. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. AFASTAMENTO DA CARÊNCIA. SÚMULA 83/STJ. RECUSA NO ATENDIMENTO. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO DESPROVIDO. 1. Inviável infirmar as conclusões do acórdão recorrido, o qual asseverou que o contrato firmado entre as partes estabelece que novos associados não necessitariam cumprir os prazos de carência. Revisão das cláusulas contratuais e das provas dos autos. Incidência das Súmulas n. 5 e 7 do STJ. 2. De acordo com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, é abusiva a cláusula contratual que estabelece prazo de carência para situações de emergência. Precedentes. Incidência do óbice previsto no enunciado n. 83 da Súmula desta Corte. 3. O entendimento firmado no STJ é no sentido de que há caracterização do dano moral quando a operadora do plano de saúde se recusa à cobertura do tratamento médico emergencial ou de urgência, como no caso dos autos, não havendo que se falar em mero aborrecimento por inadimplemento contratual. Aplicação da Súmula 83/STJ. 4. Agravo regimental desprovido." (AgRg no AREsp 854.954/CE, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 24/05/2016, DJe 06/06/2016)

"AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA CONFIGURADA. ABUSIVIDADE DAS CLÁUSULAS CONTRATUAIS DE CARÊNCIA. DANO MORAL. PRECEDENTES. SÚMULA N. 83/STJ. AGRAVO IMPROVIDO. 1. De acordo com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, é abusiva a cláusula contratual que estabelece prazo de carência para situações de emergência. Precedentes. Incidência do óbice previsto no enunciado n. 83 da Súmula desta Corte. 2. Agravo regimental a que se nega provimento. (AgRg no AREsp 812.432/GO, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/02/2016, DJe 02/03/2016)

"AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. DOENÇA RENAL. PERÍODO DE CARÊNCIA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. RECUSA DE COBERTURA.



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

ABUSIVIDADE. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. VALOR ARBITRADO. RAZOABILIDADE. 1. É lícita a cláusula de plano de saúde que prevê período de carência, salvo para os procedimentos urgentes e tratamentos de natureza emergencial, visto que o valor "vida humana" sobrepõe-se a qualquer outro interesse de índole patrimonial. 2. A recusa indevida de cobertura médico-assistencial pela operadora de plano de saúde às situações de emergência gera dano moral, porquanto agrava o sofrimento psíquico do usuário, já combalido pelas condições precárias de saúde, não constituindo mero dissabor, ínsito às hipóteses correntes de inadimplemento contratual. 3. Agravo regimental não provido." (AgRg no REsp 1301763/DF, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 15/10/2015, DJe 23/10/2015)

Rejeito, pois as alegações da primeira recorrente.

Passo à análise do segundo recurso promovido pela CASAG às fls. 545/586.

Com a relação de incompetência da Justiça Estadual para apreciar e julgar o feito, ressalto que esta tese restou afastada no recurso promovido pela requerida/Unimed, primeira recorrente, razão pela qual adoto os mesmos argumentos para afastá-la nesse recurso, evitando, assim repetições desnecessárias.

Sustenta a recorrente que é parte ilegítima para figurar no polo passivo do presente feito.

Não obstante, em casos como o presente, verifica-se do plano de saúde firmado pela autora/apelada, que esta vinculou-se ao plano denominado "Plano de Saúde Complementar - Plano Coletivo por Adesão (fl.58) na modalidade



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

Ambulatorial e Hospitalar. Assim, tem-se que a obrigação existente entre a estipulante e a operadora de planos de saúde é solidária, de modo que a CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DE GOIÁS (CASAG) funciona como intermediadora da relação jurídica existente entre a primeira requerida e a apelada, havendo, em verdade, uma estipulação em favor de terceiros, de modo que é manifesta a legitimidade passiva das partes requeridas CASAG e UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO para figurarem no polo passivo da presente demanda..

Observa-se que a legitimidade da recorrente também restou demonstrada pelas provas documentais (boletos – fls.30/32) revelam a presença da solidadriedade na prestação do serviço ao consumidor.

A propósito, reproduzo os seguintes excertos da colenda Corte da Cidadania, bem como desta egrégia Corte Estadual:

**“RECURSO ESPECIAL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. AÇÃO REVISIONAL. VALIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. REAJUSTE DE MENSALIDADES. USUÁRIO. LEGITIMIDADE ATIVA AD CAUSAM. NATUREZA JURÍDICA DA RELAÇÃO CONTRATUAL COM A OPERADORA. ESTIPULAÇÃO EM FAVOR DE TERCEIRO. INTERESSE JURIDICAMENTE PROTEGIDO. DEMONSTRAÇÃO. DESTINATÁRIO FINAL DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. 1.** Discute-se a legitimidade ativa ad causam do usuário de plano de saúde coletivo para postular contra a operadora a revisão judicial de cláusulas contratuais. 2. A legitimidade exigida para o exercício do direito de ação depende, em regra, da relação jurídica de direito material havida entre as partes; em outras palavras, a ação tem como condição a titularidade de um direito ou



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

interesse juridicamente protegido. 3. O plano de saúde coletivo é aquele contratado por uma empresa ou por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais, junto à operadora de planos de saúde para oferecer assistência médica e/ou odontológica às pessoas vinculadas às mencionadas entidades bem como a seus dependentes. 4. No plano de saúde coletivo, o vínculo jurídico formado entre a operadora e o grupo de usuários caracteriza-se como uma estipulação em favor de terceiro. Por seu turno, a relação havida entre a operadora e o estipulante é similar a um contrato por conta de terceiro. Já para os usuários, o estipulante é apenas um intermediário, um mandatário, não representando a operadora de plano de saúde. 5. Na estipulação em favor de terceiro, tanto o estipulante (promissário) quanto o beneficiário podem exigir do promitente (ou prestador de serviço) o cumprimento da obrigação (art. 436, parágrafo único, do CC). Assim, na fase de execução contratual, o terceiro (beneficiário) passa a ser também credor do promitente. 6. Os princípios gerais do contrato amparam tanto o beneficiário quanto o estipulante, de modo que havendo no contrato cláusula abusiva ou ocorrendo fato que o onere excessivamente, não é vedado a nenhum dos envolvidos pedir a revisão da avença, mesmo porque as cláusulas contratuais devem obedecer a lei. 7. O usuário de plano de saúde coletivo tem legitimidade ativa para ajuizar individualmente ação contra a operadora pretendendo discutir a validade de cláusulas do contrato, a exemplo do critério de reajuste das mensalidades, não sendo empecilho o fato de a contratação ter sido intermediada por estipulante. 8. Recurso especial provido." (REsp 1510697/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

09/06/2015, DJe 15/06/2015)

“AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO DE INSTRUMENTO EM AÇÃO COMINATÓRIA. AGRAVO DE INSTRUMENTO. ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO. COBERTURA. PREVISÃO NO ROL DE **PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ESTABELECIDO PELA RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS N° 338, DE 21 DE OUTUBRO DE 2013. PERICULUM IN MORA VERIFICADO. LEGITIMIDADE PASSIVA DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. PRECEDENTES DO COLENDO STJ E DA EGRÉGIA CORTE ESTADUAL. DECISÃO MANTIDA.** 1- É admissível o julgamento monocrático do recurso, nos termos do art. 557 e seus parágrafos, do Código de Processo Civil, quando houver jurisprudência dominante a respeito da matéria objeto de discussão, em prestígio ao direito fundamental à duração razoável do processo. 2- O plano de saúde coletivo é aquele contratado, por uma empresa ou por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais (estipulante), com a operadora de planos de saúde, para oferecer assistência médica e/ou odontológica às pessoas vinculadas às mencionadas entidades, bem como a seus dependentes. 3- Segundo a jurisprudência do colendo Superior Tribunal de Justiça, no plano de saúde coletivo, o vínculo jurídico formado entre a operadora e o grupo de usuários caracteriza-se como uma estipulação em favor de terceiro. Por seu turno, a relação havida entre a operadora e o estipulante é similar a um contrato por conta de terceiro. Já para os usuários, o estipulante é apenas um intermediário, um mandatário, não representando a operadora de plano de saúde. 4- **A UNIMED Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico é parte legítima para figurar no polo passivo de ação cominatória que visa obrigá-la a oferecer**



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

**tratamento médico de parte beneficiária que se vinculou a plano de saúde coletivo por meio da Caixa de Assistência dos Advogados de Goiás (CASAG).** 5- É de cobertura obrigatória por parte dos planos privados de assistência médica os tratamentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigentes à época do evento. Resolução Normativa RN-ANS nº 338, de 21 de outubro de 2013, com as alterações das pela Resolução Normativa RN-ANS nº 349, de 09 de maio de 2014. 6- Para a concessão de medida liminar é indispensável a presença dos requisitos da verossimilhança das alegações e o fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, assim como *fumus boni iuris* e do *periculum in mora*, o que se configura no presente caso. Ademais, a apreciação da presença dos requisitos está adstrita ao livre convencimento do julgador, conferido pelo poder geral de cautela a ele atribuído. 7-O agravo regimental deve ser desprovido, quando a matéria nele versada tiver sido suficientemente analisada, na decisão recorrida, e o agravante não apresentar elementos capazes de demonstrar a ocorrência de prejuízo, a ponto de motivar sua reconsideração ou justificar sua reforma. Inteligência do artigo 364, do Regimento Interno deste egrégio Tribunal de Justiça. 8-AGRAVO REGIMENTAL CONHECIDO, MAS DESPROVIDO." (TJGO, AGRAVO DE INSTRUMENTO 360291-42.2015.8.09.0000, Rel. DR(A). MAURICIO PORFIRIO ROSA, 4A CAMARA CIVEL, julgado em 12/11/2015, DJe 1912 de 18/11/2015)

Porém, ressalto que os pareceres da Agência Nacional de Saúde dados em processos administrativos e judiciais de casos semelhantes, são no sentido de que a Autarquia, *in casu*, CASAG, figura no contrato firmado com a UNIMED como intermediadora dos contratos de planos de saúde feitos entre ela e



os seus filiados.

Nesse contexto a apelante possui legitimidade passiva para responder pela procedência do pedido na ação que tem por objeto o pagamento de tratamento requerido pela aderente do plano de saúde.

Com relação a argumentação da recorrente de que a apelada ao preencher e assinar a declaração de doenças preexistentes ter afirmado que era portadora e osteoporose, é de se ressaltar que, em situações recentes, ante a necessidade de interferência para amparar a parte mais fraca neste mercado de planos de saúde, as alterações legislativas firmaram que as operadoras deverão garantir aos beneficiários ampla cobertura nos casos de urgência e emergência, inclusive nos verificados após recorridas as primeiras vinte e quatro (24) horas da assinatura do pacto, sem restrições de qualquer ordem, no enunciado da Lei nº 9.656/98, com alterações trazidas pela Medida Provisória nº 2.177-44/01 e pela Lei nº 11.935/09.

Assim, a cobertura deve ser integral, não subsistindo as disposições limitativas da Resolução CONSU nº 13/98, nem tampouco as previstas nas cláusulas contratuais, por se confrontarem com a Lei nº 9.656/98 que, em nenhum momento, limita a forma ou o tempo de tratamento nos casos caracterizados por urgentes e emergenciais, definidos exclusivamente por médicos para tanto capacitados.

A propósito, o Código de Defesa do Consumidor em seu artigo 3º, *caput*, estabelece que fornecedor é toda pessoa física ou jurídica que desenvolve, dentre outras atividades fins, a de prestação de serviços e, nestes termos, tendo em vista que a apelante é fornecedora de serviços, a ela se aplica o



*Gabinete do Desembargador Amara Wilson de Oliveira*

disposto nos incisos previstos no artigo 51 do Código Consumerista, o que a torna responsável pelos vícios de qualidade inerentes ao serviço por ela executados, notadamente, pela negativa de realização do procedimento indicado, necessário ao tratamento recomendado a beneficiária, ora apelada, pelo seu médico.

Nesta senda, afigura-se-me incontroverso que a relação ocorrida entre as partes é de natureza consumerista, sujeitando-se, então, à incidência de todos os princípios e mandamentos derivados do Código de Defesa do Consumidor.

A respeito, eis a Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça, *ipsis litteris*: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.”

Não é demasiado anotar que o legislador consumerista cuidou de proibir a presença de cláusulas abusivas ou iníquas que inviabilizem a prestação de serviço objeto da contratação, mormente em se tratando de pacto de adesão, ao qual o aderente vê-se obrigado a submeter-se, sem o direito de discutir ou alterar as disposições dele constantes.

Aliunde, conforme já salientado, foi editada a Lei nº 9.656/98 que, dentre outras determinações, obrigou os planos de saúde a cobrir qualquer necessidade imperiosa e urgente na qual se encontre o aderente e, na dicção do seu artigo 35-C, inciso I, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.

Neste sentido a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça:



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

“AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO NO PERÍODO DE CARÊNCIA CONTRATUAL. NECESSIDADE. SITUAÇÃO EMERGENCIAL. NÃO HOUVE VIOLAÇÃO AO ART. 535 DO CPC. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 83, 5 E 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. 1. As Turmas de Direito Privado deste Superior Tribunal entendem que a cláusula de carência do contrato de plano de saúde deve ser mitigada diante de situações emergenciais graves nas quais a recusa de cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado. Precedentes. 2. Não merece reparos a decisão hostilizada, pois o acórdão recorrido julgou no mesmo sentido da jurisprudência desta Corte Superior. No caso concreto, as razões recursais encontram óbice na Súmula 83 do STJ. 3. Para alcançar conclusão diversa daquela a que chegou o Tribunal de origem, seria imprescindível o reexame de prova e a interpretação de cláusulas contratuais, o que é inviável na instância especial pelo teor das Súmulas 5 e 7 do STJ. 4. Agravo regimental não provido. ” (AgRg no AREsp 437.831/GO, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 06/05/2014, DJe 13/05/2014)

**No mesmo sentido posiciona-se este Tribunal de Justiça:**

“AGRAVO REGIMENTAL EM APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DECLARATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. RECUSA NO ATENDIMENTO. CÓDIGO DEFESA DO CONSUMIDOR. APLICABILIDADE. EMERGÊNCIA. VIA ADMINISTRATIVA. DESNECESSIDADE. DOENÇA PREEEXISTENTE. PRAZO DE CARÊNCIA. CLÁUSULA ABUSIVA. AUSÊNCIA FATO NOVO. 1. Conforme Disposição inserta da Lei nº 9.656/98, inciso V, alíneas “b” e “c”, em tratamentos de situação de urgência e emergência, devem ser considerados para o período de carência, o prazo



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

ali especificado, e não o prazo previsto no contrato entabulado. 2. Dentre as funções do Poder Judiciário, não se encontra cumulada a de órgão consultivo. 3. Não merece provimento o regimental em que o agravante não traz qualquer argumentos capaz de elidir os fundamentos que motivaram a decisão que negou seguimento ao agravo de instrumento, nos termos do caput, do art. 557, do CPC. AGRAVO REGIMENTAL CONHECIDO E DESPROVIDO." (TJGO, APELACAO CIVEL 314161-74.2012.8.09.0072, Rel. DES. WALTER CARLOS LEMES, 3A CAMARA CIVEL, julgado em 28/04/2015, DJe 1778 de 06/05/2015)

"EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. TRATAMENTO DE CÂNCER. NEGATIVA DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. DOENÇA NÃO PREEXISTENTE. DIREITOS À SAÚDE E À VIDA SE SOBREPÕEM AO PATRIMONIAL. AUSÊNCIA DE OMISSÃO OU CONTRADIÇÃO. FINS DE PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA DE PREVISÃO LEGAL. 1-Os embargos de declaração se destinam, exclusivamente, à busca do aperfeiçoamento da sentença ou acórdão, viciados por obscuridade, contradição ou omissão sobre o qual deva pronunciar-se o competente órgão julgador. Ausentes quaisquer daqueles vícios, os aclaratórios não merecem acolhida, ainda que para fins de prequestionamento. 2-Para fins de prequestionamento, basta que a decisão recorrida adote fundamentação suficiente para dirimir a controvérsia, sendo desnecessária a manifestação expressa, ou numérica, sobre todos os argumentos apresentados pelas partes. Precedente do STJ. Embargos Declaratórios conhecidos e rejeitados. Acórdão mantido." (TJGO, APELACAO CIVEL 152170-55.2012.8.09.0051, Rel. DES. ITAMAR DE LIMA, 3A CAMARA CIVEL, julgado em 10/11/2015, DJe 1913 de 19/11/2015)

Com efeito é cediço que a violação de quaisquer dos direitos fundamentais constitucionalmente assegurados, surge para o ofendido o direito de ser ressarcido pelo dano sofrido, já que a afronta a tais garantias constitui ato



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

punível, inclusive na esfera civil, nos termos do que estabelece o artigo 186 do Código Civil.

Segundo o civilista Carlos Roberto Gonçalves, são quatro os elementos caracterizadores da responsabilidade civil:“(...) ação ou omissão, culpa ou dolo do agente, relação de causalidade e o dano experimentado pela vítima” (in *Comentários ao Código Civil, Parte Especial do Direito das Obrigações*, vol. 11, p. 33).

E ainda, a lição de Maria Helena Diniz, 'in' *Curso de Direito Civil Brasileiro*, Saraiva, 1998, página 81, *verbis*:

“Dano moral vem a ser a lesão de interesses não patrimoniais de pessoas física ou jurídica, provocada pelo fato lesivo. (...) O dano moral, no sentido jurídico não é a dor, a angústia, ou qualquer outro sentimento negativo experimentado por uma pessoa, mas sim uma lesão que legitima a vítima e os interessados reclamarem uma indenização pecuniária, no sentido de atenuar, em parte, as consequências da lesão por eles sofridos”.

Dessarte, essencial para a caracterização da responsabilidade civil, além da imputabilidade, é o comportamento positivo ou negativo do agente, fruto da sua consciência (dolo ou culpa), que ofenda bem ou direito de outrem, contrariando um dever geral do ordenamento jurídico ou uma obrigação em concreto.



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

Nesse passo, analisando as provas existentes no caderno processual, tenho que o douto magistrado sentenciante posicionou-se corretamente pela presença dos requisitos caracterizadores do ato ilícito e, por consequência, pelo cabimento da indenização vindicada.

Assim, a apelante e a UNIMED/GO devem arcar, solidariamente, com todas as despesas médico-hospitalares decorrentes do tratamento cirúrgico realizado pela apelada, conforme decidido na sentença recorrida.

Cumprido analisar, ainda, o pedido para redução do *quantum* indenizatório, fixado na sentença recorrida, a título de danos morais.

É vertente que a reparação do dano moral tem caráter compensatório e sancionatório, tendo por objetivo propiciar compensação à vítima e, ainda, de restituí-la à situação anterior, promovendo a restauração do *status quo ante*, na medida do possível, haja vista que na maioria das vezes, tal se torna faticamente impossível. Quando assim se perfaz, deve se promover a reparação do dano pelo equivalente em dinheiro, buscando-se compensar o ilícito por meio do pagamento de indenização monetária. A doutrina sobre a matéria, tem-se posicionado da seguinte forma:

"... Como é próprio do dano moral, o valor da indenização há de ser substancial, pois do contrário não cumpre seu papel preventivo de dissuadir o infrator a praticar condutas figuras similares. A exemplaridade norteia o regramento do dano moral, com mais razão em situações onde o violador é poderoso e a vítima é considerada parte vulnerável, bem como quando as condutas infrativas são reiteradas, afetando a um só



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

tempo milhares de vítimas, com somente uma centelha dessas buscando remédio judicial. Recomenda-se que a indenização, respeitado o princípio da razoabilidade, não seja calculada em valor inferior ao valor do débito indevida ou inadequadamente noticiado.” (Código Brasileiro de Defesa do Consumidor, pág. 416, 6ª edição).

Hodiernamente, a jurisprudência recomenda que o valor arbitrado deve ser aquele capaz de propiciar a equivalência entre a lesão e sua extensão, conquanto em cada caso deve ser aferida a razoabilidade, consoante direciona o novo Código Civil, em seu artigo 944, *caput, verbis*: “A indenização mede-se pela extensão do dano”.

A indenização não tem o fim de propiciar locupletamento de quaisquer das partes, mas somente o objetivo de expurgar do seio da sociedade, práticas cotidianas que coloquem em risco a imagem das pessoas, seja física ou jurídica, com repúdio a procedimento diverso, por meio de sanção monetária, que é o único padrão que se dispõe para penalizar e exemplificar os infratores.

Nesse sentido, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça orienta, *in verbis*:

“Dano moral. Reparação. Critérios para fixação do valor - Na fixação do valor da condenação por dano moral, deve o julgador atender a certos critérios, tais como nível cultural do causador do dano; condição socioeconômica do ofensor e do ofendido; intensidade do dolo ou grau de culpa (se for o caso) do autor da



*Gabinete do Desembargador Amara Wilson de Oliveira*

ofensa; efeitos do dano no psiquismo do ofendido e as repercussões do fato na comunidade em que vive a vítima" (REsp. nº 355392/RJ, Rel. Min. Castro Filho, j. Em 26.03.02).

É certo que para a fixação do dano moral, as balizas são a razoabilidade e a proporcionalidade, considerando aí as posições sociais do ofensor e do ofendido, a intensidade do ânimo de ofender, a gravidade da ofensa e, por fim, a sua repercussão.

No caso em comento, não há dúvida de que o dano moral restou configurado, uma vez que, por conta da conduta da recorrente, acompanhada da requerida Unimed, a apelada prolongou ainda mais o seu sofrimento (dor), vez que necessitava do procedimento cirúrgico reclamado já que os medicamentos utilizados por ela, que segundo relatou, não estavam fazendo efeito para sanar a dor que sentia.

Assim, sem olvidar da gravidade e da extensão dos dissabores sofridos pela recorrida e, ainda, sem deixar de analisar as condições das partes requeridas estando, ainda, consciente de que a indenização não pode ser fonte de enriquecimento sem causa, tenho como prudente manter o *quantum* arbitrado na sentença, a título de indenização por danos morais, o valor fixado em R\$ 20.000,00 (dez mil reais).

Quanto ao pretendido prequestionamento, registre-se que o julgador não tem o dever de abordar especificamente todos os argumentos delineados pelas partes, tampouco os dispositivos legais e constitucionais invocados

PODER JUDICIÁRIO



tribunal  
de justiça  
do estado de goiás



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

como alicerce do direito que alegam, mas, tão somente, julgar a causa, compondo a lide.

Diante do exposto, conheço dos recursos, mas lhes nego provimentos para manter a sentença recorrida em todos os seus termos.

É como voto.

**DES. AMARAL WILSON DE OLIVEIRA**

Relator



**APELAÇÃO CÍVEL Nº 446947-52.2013.8.09.0006 (201394469470)**

COMARCA DE ANÁPOLIS

**1º APELANTE : UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

**2º APELANTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DE GOIÁS**

**1º APELADA : SÔNIA APARECIDA FRANCISCO SILVA**

**2º APELADA : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DE GOIÁS**

**3º APELADA : UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

**RELATOR : DES. AMARAL WILSON DE OLIVEIRA**

**EMENTA: APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. TRAMENTO CIRÚRGICO NEGADO. NEGATIVA DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. DOENÇA PREEXISTENTE. DIREITOS À SAÚDE E À VIDA SE SOBREPÕEM AO PATRIMONIAL. INTERPRETAÇÃO DO CONTRATO DE FORMA MAIS BENÉFICA AO CONSUMIDOR. DANOS MORAIS DEVIDOS. PREQUESTIONAMENTO.**

1. Uma vez declarada pelo médico a urgência no tratamento do paciente, incorreta a negativa do plano de saúde, tendo em vista que o direito a saúde e à vida se sobrepõem ao patrimonial; 2. Deve o contrato ser interpretado de forma mais benéfica ao consumidor, razão pela qual ao ser colocado o paciente em extrema desvantagem, mister o reconhecimento da nulidade da cláusula abusiva; 3. Diante da negativa de tratamento tido como emergencial, correta a condenação ao pagamento de danos morais. 4. O Poder Judiciário não tem, dentre suas atribuições, a de órgão consultivo, sendo prescindível a manifestação expressa de todos os dispositivos legais invocados;

**Recursos conhecidos e improvidos.**

## **A C Ó R D Ã O**

**VISTOS**, relatados e discutidos os presentes autos de



*Gabinete do Desembargador Amaral Wilson de Oliveira*

Apelação Cível nº 446947-52.2013.8.09.0006 (201394469470), Comarca de Goiânia, sendo apelantes UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO (1ª) e CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DE GOIÁS (2ª) e apelados SÔNIA APARECIDA FRANCISCO SILVA (1ª), CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DE GOIÁS (2ª) e UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO (3ª).

**ACORDAM** os componentes da Quarta Turma Julgadora da 2ª Câmara Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, à unanimidade, em conhecer e desprover as Apelações Cíveis, nos termos do voto do Relator.

**VOTARAM**, com o Relator, o Desembargador Ney Teles de Paula e o Juiz Maurício Porfírio Rosa (em substituição ao Des. Zacarias Neves Coêlho).

**PRESIDIU** o julgamento o Desembargador Amaral Wilson de Oliveira.

**PRESENTE** a Drª. Nélida Rocha da Costa Barbosa, Procuradora de Justiça.

Goiânia, 30 de agosto de 2016.

Desembargador **AMARAL WILSON DE OLIVEIRA**  
Relator