



Banco do  
Conhecimento



# SEGURO E PLANO DE SAÚDE – NEGATIVA DE COBERTURA EM PERÍODO DE CARÊNCIA

Banco do Conhecimento/ Jurisprudência/ Pesquisa Seleccionada/ Direito do Consumidor

Data da atualização: 13.03.2018

## Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

[0016525-44.2015.8.19.0061](#) - APELAÇÃO - 1ª Ementa

Des(a). SANDRA SANTARÉM CARDINALI - Julgamento: 16/11/2017 - VIGÉSIMA SEXTA CÂMARA CÍVEL CONSUMIDOR

APELAÇÕES CÍVEIS. RELAÇÃO DE CONSUMO. RECURSOS INTERPOSTOS SOB A ÉGIDE DO NCPC. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DO PLANO DE SAÚDE E DA ADMINISTRADORA, HAJA VISTA AMBOS AUFERIREM VANTAGEM DA PARCERIA ESTABELECIDADA, E TEREM CONCORRIDO PARA O EVENTO DANOSO. INTELIGÊNCIA DOS ARTIGOS 7º PARÁGRAFO ÚNICO E 25 § 1º DO CDC. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO ACERCA DA NOTIFICAÇÃO DA CONSUMIDORA. AUTORA, PORTADORA DE LINFOMA, QUE SE VIU SEM A COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE AINDA DENTRO DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E TRATAMENTO. PARTE RÉ QUE TEM O DEVER DE OFERECER A POSSIBILIDADE DE MIGRAÇÃO PARA PLANO INDIVIDUAL, FAMILIAR OU COLETIVO POR ADESÃO SEM CUMPRIMENTO DE PRAZO DE CARÊNCIA, COMPATÍVEL COM O PLANO DE ORIGEM, NA FORMA DO ART. 1º DA RESOLUÇÃO Nº 19/99 DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR E DOS ARTS. 13 A 15 DA RESOLUÇÃO Nº 254 DA ANS. PRECEDENTES DO STJ E DESTE TRIBUNAL. EVENTUAL INEXEQUIBILIDADE DA OBRIGAÇÃO DE FAZER QUE NÃO TORNA O PEDIDO JURIDICAMENTE IMPOSSÍVEL, MAS PODE ACARRETAR NA SUA CONVERSÃO EM PERDAS E DANOS. LIMITAÇÃO TEMPORAL DA OBRIGAÇÃO DE FAZER, CONFORME ARTIGO 2º CAPUT E P.Ú. DA RESOLUÇÃO 19/99 DO CONSU. DANO MORAL CONFIGURADO. VERBA INDENIZATÓRIA FIXADA EM R\$ 10.000,00 (DEZ MIL REAIS) QUE OBSERVA AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE, BEM COMO O CARÁTER PUNITIVO-PEDAGÓGICO DO INSTITUTO, E SE ADEQUA ÀS CIRCUNSTÂNCIAS DO CASO CONCRETO. SÚMULA N.º 343 DESTE TRIBUNAL DE JUSTIÇA. RECURSOS PROVIDOS EM PARTE.

[Íntegra do Acórdão](#) - Data de Julgamento: 16/11/2017

[Íntegra do Acórdão](#) - Data de Julgamento: 14/12/2017

=====

[0002988-35.2009.8.19.0014](#) - APELAÇÃO - 1ª Ementa

Des(a). NILZA BITAR - Julgamento: 29/11/2017 - VIGÉSIMA QUARTA CÂMARA CÍVEL CONSUMIDOR

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. RELAÇÃO DE CONSUMO. AÇÃO INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO. PRAZO DE CARÊNCIA CONTRATUAL. CRIANÇA DE UM MÊS E MEIO DE IDADE COM INFECÇÃO URINÁRIA E ANEMIA. NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO, COM URGÊNCIA. RECUSA INDEVIDA. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. MANUTENÇÃO DO JULGADO. A lei que regulamenta os planos e seguros de assistência privada de saúde determina a cobertura completa em casos de emergência, independentemente do período de carência. O valor da reparação, fixado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), para cada apelado, que se mostra adequado. Majoração dos honorários para 15% sobre o valor da condenação. Desprovemento do recurso.

[Íntegra do Acórdão](#) - Data de Julgamento: 29/11/2017

[Íntegra do Acórdão](#) - Data de Julgamento: 13/12/2017

=====

[0055609-72.2014.8.19.0001](#) - APELAÇÃO - 1ª Ementa

Des(a). WILSON DO NASCIMENTO REIS - Julgamento: 26/10/2017 - VIGÉSIMA SEXTA CÂMARA CÍVEL CONSUMIDOR

APELAÇÃO CÍVEL INTERPOSTA NA VIGÊNCIA DO NCPC. CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. CANCELAMENTO. RELAÇÃO DE CONSUMO. RESPONSABILIDADE OBJETIVA. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS. REVOGAÇÃO DA LIMINAR. APELO DO AUTOR. SENTENÇA QUE SE REFORMA. Insurge-se o autor (apelante) contra a sentença, pela qual o magistrado a quo julgou improcedentes os pedidos, condenando-o ao pagamento do ônus de sucumbência em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), sendo R\$ 2.500,00 referente ao pleito de obrigação de fazer e igual valor no que toca ao pedido de danos morais, ambos rejeitados. Na demanda de origem (ação de obrigação de fazer c/c indenizatória), sustentou o autor, que em 01/05/2013, houve portabilidade entre os planos das operadoras Unimed e Amil, por intermédio do escritório de advocacia do qual veio a ser desligado em julho de 2012, fazendo jus ao plano de saúde da ré, como lhe faculta a Lei nº 9.656/98, por um período de até 24 meses. Asseverou que após solicitar inclusão de sua filha recém-nascida como sua dependente no plano de saúde, foi surpreendido com a negativa ao argumento de que seu plano de saúde se encontrava cancelado desde 31 de janeiro de 2104. Acentuou que após contato com a empresa ré por meio do SAC da empresa, foi-lhe informado que o seu acolhimento no plano se deu tão somente por oito meses. Assinalou, que por não lhe restar alternativa, se viu obrigado a contratar emergencialmente um novo plano com a ré (proposta nº 14260182, datada de 14.02.2014) para ver garantida a assistência à sua saúde e de seus filhos, sendo que por se tratar de um novo contrato, a operadora ré somente garantiu as coberturas ao autor e seus dependentes a partir de 1º de março de 2014, estabelecendo novo período de carência. Com lastro nessa resumida narrativa, pleiteou em sede de tutela antecipada, a entrega imediata das carteirinhas do plano "AMIL - BLUE 500 - PLUS NACIONAL ", com isenção do cumprimento de carência, sob pena de multa, além de pagamento de indenização por danos morais. Antecipação dos efeitos da tutela deferido (index. 070 e 085). In casu, a responsabilidade da instituição ré é objetiva pelo fato do serviço, fundada na teoria do risco do empreendimento. O fornecedor só afasta a sua responsabilidade se provar (ônus seu) a ocorrência de uma das causas que excluem o próprio nexo causal, enunciadas no § 3º, do art. 14 da Lei nº 8.078/90: inexistência do defeito ou culpa exclusiva do consumidor ou de terceiros, não demonstrados. A empresa ré se defendeu, argumentando, sinteticamente, que não há como fazer relação entre a antiga participação do autor no contrato coletivo mantido pelo escritório do qual fazia parte e a AMIL, quando, em verdade, ao

admitir a inclusão do mesmo em maio de 2013, a empresa ré não recebera informação de que este não preenchia os requisitos de elegibilidade. Destacou que ao ser informada da real situação em que se encontrava o autor, apenas promoveu a sua imediata exclusão, não podendo admitir que os prazos de carências sejam eliminados. Impugna a configuração do dano moral na hipótese dos autos, requerendo a improcedência dos pedidos. Reside a controvérsia recursal devolvida ao Tribunal para apreciação, cinge-se na análise das circunstâncias em que o seguro de saúde do autor foi cancelado e se o fato é capaz de gerar dano de ordem moral. Em caso de manutenção da sentença combatida, deve ser examinado, se os honorários de sucumbência impostos ao autor carece de algum ajuste, considerando seu pleito alternativo de redução do quantum. Com efeito, o cancelamento do plano de saúde do autor existente ao tempo da portabilidade entre os planos das operadoras Unimed e Amil, por intermédio do escritório de advocacia do qual o apelante era vinculado, restou incontroverso. Incontroverso nos autos, também, é o fato de que a empresa ré efetuou o cancelamento do aludido plano, sem notificação prévia do autor. Essa circunstância é de fácil constatação, não só pela verossimilhança das alegações autorais, como pelo que se depreende da interpretação lógica dos acontecimentos narrados na petição inicial, com respaldo na documentação adunada aos autos, e, sobretudo, pelos próprios argumentos da defesa apresentados pela apelada, podendo deles se depreender, com segurança, que o cancelamento do plano de saúde do autor então em vigor, se deu sem a sua necessária e indispensável notificação. Tal fato, por si só, já caracteriza a falha na prestação dos serviços da operadora de plano de saúde ré. O certo é que a empresa ré quando da realização da portabilidade da carteira de clientes que a Unimed mantinha com o escritório do qual o autor fazia parte como beneficiário do plano de saúde, atraiu para si, a responsabilidade sobre todas as "vidas", pertencentes àquela carteira de clientes, aí incluído o autor, sendo ademais verossímil a alegação autorial de que naquela oportunidade se encontrava em gozo do beneficiário previsto no art. 30 da Lei 9.656/98, não tendo a empresa apelada em momento algum, logrado, desconstituir tal fato. Deve ser destacado que o autor se desligou do escritório que mantinha plano de saúde com a Unimed em julho de 2012, e tendo ele (como admitido pela própria apelada), constado da listagem de beneficiários a integrar novo contrato com a demandada, o que é ratificado pela declaração de fls. 21 (index. 21), com a informação de que o autor constou como beneficiário titular do contrato junto à empresa apelada a partir de 01/05/2013 com atendimento até o dia 31.01.2014. Constata-se, pelo documento de fls. 21 (021), que também informa que o autor permaneceu naquele plano de saúde (Unimed) pelo período de 5 anos, 10 meses e 18 dias, que o autor foi admitido como beneficiário da empresa apelada no dia seguinte à sua exclusão da Unimed ocorrido em 30.04.2013, o que conduz à conclusão de que por ocasião da portabilidade da carteira de cliente para a empresa apelada, o autor, de fato, gozava do benefício do art. 30 da Lei 9.656/98. Os documentos anexados pelo autor (index. 019, 021, 022, 023, 024 e 044), fornecem verossimilhança à sua alegação no sentido de que somente veio a contratar um novo plano de saúde junto à apelada quando foi surpreendido com o cancelamento, sem qualquer prévia notificação, do plano que mantinha junto àquela empresa, se vendo obrigado a contratar emergencialmente um novo plano com a ré (proposta datada de 14.02.2014) para ver garantida a assistência à sua saúde e de seus filhos. Nessa esteira, ao contrário do que entendeu o magistrado sentenciante, não foi o autor quem optou por migrar para um novo plano coletivo e não individual, eis que, em verdade, o autor se viu obrigado a fazê-lo ante a surpresa do cancelamento do plano que mantinha junto à apelada, sendo certo, ainda, que seria imperiosa a notificação prévia por parte da operadora, devendo o prestador do serviço primar pela a segurança e confiança que dele legitimamente se espera. Ao deixar de fazê-lo, incide em ato ilícito, pelo qual tem o dever de reparar. Dever de informação, além de expresso no artigo 6º, inciso III do CDC é consectário do dever de boa-fé, inerente a qualquer relação contratual, enquadrando-se no rol dos chamados

deveres contratuais a eles anexos, que deve ser observado pelos contratantes. Diante de tudo que se apurou, se mostra abusiva a exigência de cumprimento de novo prazo de carência para o plano contratado pelo autor, tornando-se, desse modo, definitiva a antecipação dos efeitos da tutela na forma deferida (index. 070 e 085). Dano moral in re ipsa. Quantum que se fixa em R\$ 5.000,00. Observância aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade e ao caráter punitivo-pedagógico do instituto. Precedentes. Reversão do julgado. Despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor da condenação (art. 85, § 2º do NCPC). Recurso conhecido ao qual se dá provimento.

[Íntegra do Acórdão](#) - Data de Julgamento: 26/10/2017

=====

[0319187-25.2014.8.19.0001](#) - APELAÇÃO - 1ª Ementa

Des(a). CINTIA SANTAREM CARDINALI - Julgamento: 18/10/2017 - VIGÉSIMA QUARTA CÂMARA CÍVEL CONSUMIDOR

APELAÇÕES CÍVEIS. DIREITO DO CONSUMIDOR. JULGAMENTO CONJUNTO. MEDIDA CAUTELAR INOMINADA E AÇÃO ORDINÁRIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. AUTOR PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE ÁLCOOL E SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA (CID 10F10 E CID 10F10.1). NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA PELO PERÍODO DE, NO MÍNIMO, 90 (NOVENTA) DIAS PARA TRATAMENTO. NEGATIVA DA RÉ EM CUSTEAR, INTEGRALMENTE, A INTERNAÇÃO DO AUTOR APÓS O 31º (TRIGÉSIMO PRIMEIRO) DIA DE INTERNAÇÃO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA, PARA RATIFICAR A LIMINAR CONCEDIDA E DETERMINAR QUE A RÉ ARQUE COM OS CUSTOS DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DO AUTOR PELO PRAZO DE 90 (NOVENTA) DIAS, CONSIDERANDO ABUSIVA A CLÁUSULA QUE LIMITA A COBERTURA DOS CUSTOS PELO PERÍODO DE INTERNAÇÃO. APELOS DA PARTE RÉ. ALEGAÇÃO DE CARÊNCIA DE AÇÃO E DE QUE NÃO SE TRATA DE LIMITAÇÃO DE PERÍODO DE INTERNAÇÃO, MAS SIM DE COPARTICIPAÇÃO EM 50% (CINQUENTA POR CENTO) NAS DESPESAS PELO SEGURADO, CONFORME PREVISTO CONTRATUALMENTE. RECURSOS QUE MERECEM PROSPERAR. INEXISTÊNCIA DE CARÊNCIA DE AÇÃO. NO MÉRITO, A CLÁUSULA QUE PREVÊ A LIMITAÇÃO DO TEMPO DE CUSTEIO INTEGRAL PELO PLANO DE SAÚDE DA INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NÃO É, A PRIORI, ABUSIVA, DESDE QUE REDIGIDA DE FORMA CLARA E DE FÁCIL COMPREENSÃO PARA O USUÁRIO. PRECEDENTE DO STJ (RESP 1551031/DF, REL. MINISTRO MARCO BUZZI, REL. P/ ACÓRDÃO MINISTRO RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, JULGADO EM 28/06/2016, DJE 07/02/2017). NO PRESENTE CASO, A CLÁUSULA FOI REDIGIDA DE FORMA CLARA E SUFICIENTE, NÃO TENDO O AUTOR NEGADO O SEU CONHECIMENTO. A COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO NÃO REPRESENTA LIMITAÇÃO AO PRAZO DE INTERNAÇÃO, MAS APENAS EXIGE UMA COPARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO, VISANDO PRESERVAR A MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO FINANCEIRO DO CONTRATO FIRMADO PELAS PARTES. REFORMA DA SENTENÇA QUE SE IMPÕE. IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS. PARTE AUTORA QUE DEVE ARCAR COM O PAGAMENTO DAS CUSTAS E DOS HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA. RECURSOS AOS QUAIS SE DÁ PROVIMENTO PARA JULGAR IMPROCEDENTES OS PEDIDOS INICIAIS E CONDENAR O AUTOR AO PAGAMENTO DAS DESPESAS PROCESSUAIS E HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, ESTES ORA FIXADOS EM 10% (DEZ POR CENTO) SOBRE O VALOR DADO À CAUSA.

[Íntegra do Acórdão](#) - Data de Julgamento: 18/10/2017

=====

[0036426-39.2015.8.19.0209](#) - APELAÇÃO - 1ª Ementa

Des(a). LUIZ FERNANDO DE ANDRADE PINTO - Julgamento: 27/09/2017 - VIGÉSIMA QUINTA CÂMARA CÍVEL CONSUMIDOR

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. POSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA DO SEGURADO, BEM COMO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE PLANO INDIVIDUAL PELA OPERADORA. ART. 17, PARÁGRAFO ÚNICO, DA RESOLUÇÃO 195/2009 DA ANS E 1º, DO CONSU Nº 19/1999. AUSÊNCIA DE PRÉVIA NOTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO. NEGATIVA DE ATENDIMENTO. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. SOLIDARIEDADE ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A OPERADORA DE SAÚDE. DANO MORAL. SUA OCORRÊNCIA. OBRIGAÇÃO DE FAZER DETERMINADA NA SENTENÇA CONSISTENTE NA MANUTENÇÃO DO BENEFÍCIO COLETIVO À AUTORA OU MIGRAÇÃO PARA PLANO INDIVIDUAL. APELANTE, ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, QUE, MERA INTERMEDIADORA DO CONTRATO, É ILEGÍTIMA PARA FIGURAR EM AÇÕES COM TAL CERNE. PRECEDENTES DO COL. STJ E DO EG. TJRJ. IMPROCEDÊNCIA DA PRETENSÃO DE CONDENAÇÃO À OBRIGAÇÃO DE FAZER, QUANTO À APELANTE, QUE SE IMPÕE. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA. 1. É solidária responsabilidade da operadora e da administradora de benefícios por eventuais danos advindos da relação contratual com o segurado; 2. "As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias. (art. 17, Resolução ANS 195/2009); 3. "As operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. " (Art. 1º, do CONSU nº 19/1999); 4. A mera administradora de planos de saúde não pode ser implicada em demanda relativa à migração do segurado do plano coletivo para individual. Jurisprudência do col. STJ e do Eg. TJRJ; 5. In casu, houve a rescisão unilateral do plano de saúde coletivo sem a prévia e necessária notificação da beneficiária, resultando em negativa de atendimento, evidenciando a falha na prestação do serviço pela qual respondem solidariamente a administradora de benefícios e a operadora de saúde; 6. Dano moral configurado in re ipsa. Verba indenizatória arbitrada em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), importe que atende aos parâmetros do método bifásico, sendo condizente ao homogeneamente adotado por esta Eg. Corte; 7. Ilegitimidade passiva da primeira ré, ora apelante, quanto à obrigação de fazer, que se reconhece, eis que mera administradora de planos de saúde, impondo-se, nesta etapa processual, a improcedência do pedido; 8. Recurso parcialmente provido.

[Íntegra do Acórdão](#) - Data de Julgamento: 27/09/2017

=====

[0266764-88.2014.8.19.0001](#) - APELAÇÃO - 1ª Ementa

Des(a). MARIA LUIZA DE FREITAS CARVALHO - Julgamento: 20/09/2017 - VIGÉSIMA SÉTIMA CÂMARA CÍVEL CONSUMIDOR

APELAÇÃO. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PRAZO DE CARÊNCIA PARA PARTO. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO INDICADO. INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA. OBRIGATORIEDADE DE COBERTURA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. Autora beneficiária do plano de saúde fornecido pela ré. Indicação de realização de procedimento médico para interrupção

da gravidez. Ainda que houvesse período de carência a ser cumprido, a situação descrita no documento médico retrata urgência, sendo obrigatória a cobertura de atendimento, nos termos do art. 35-C, II da lei 9.656/98 ("art. 35-C: é obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: (...) II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional"). Superior Tribunal de Justiça que já assentou que "lídima a cláusula de carência estabelecida em contrato voluntariamente aceito por aquele que ingressa em plano de saúde, merecendo temperamento, todavia, a sua aplicação quando se revela circunstância excepcional, constituída por necessidade de tratamento de urgência decorrente de doença grave que, se não combatida a tempo, tornará inócuo o fim maior do pacto celebrado, qual seja, o de assegurar eficiente amparo à saúde e à vida". (REsp 466.667/SP, Rel. Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR, QUARTA TURMA, julgado em 27/11/2007, DJ 17/12/2007, p. 174). Sentença que se mantém. RECURSO DESPROVIDO.

[Íntegra do Acórdão](#) - Data de Julgamento: 20/09/2017

=====

[0051621-97.2015.8.19.0004](#) - APELAÇÃO - 1ª Ementa

Des(a). ARTHUR NARCISO DE OLIVEIRA NETO - Julgamento: 03/08/2017 - VIGÉSIMA SEXTA CÂMARA CÍVEL CONSUMIDOR

APELAÇÃO CÍVEL. SENTENÇA (INDEX 464) QUE JULGOU IMPROCEDENTES OS PEDIDOS. APELO DA AUTORA A QUE SE DÁ PROVIMENTO, A FIM DE (I) TORNAR DEFINITIVA A TUTELA QUE DETERMINOU À PRIMEIRA RÉ A REALIZAÇÃO E CUSTEIO DO PARTO DA AUTORA, BEM COMO DAS DESPESAS DO NASCITURO NOS PRIMEIROS TRINTA DIAS; (II) DECLARAR NULA A CLÁUSULA CONTRATUAL QUE PREVÊ CARÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PARTO A TERMO; (III) CONDENAR AS DEMANDADAS, SOLIDARIAMENTE, AO PAGAMENTO DE COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS, NO VALOR DE R\$ 10.000,00 (DEZ MIL REAIS). O cerne da questão se fixa na recusa da primeira Ré em autorizar a realização do parto da Reclamante, sob alegação de que não teria sido cumprido o prazo de carência contratualmente previsto. Narra a Consumidora ter contratado plano de saúde operado pela primeira Reclamada - UNIMED, em 31/01/2011, por intermédio de parceria oferecida pela CAARJ, sendo este administrado pela segunda Requerida (Qualicorp). Saliencia que, anteriormente, era segurada do plano de saúde Bradesco, oferecido pelo seu antigo empregador desde 2005, no qual possuía cobertura nacional total, tendo cumprido todos os períodos de carência. Acrescenta que sobredito plano de saúde vigorou até 31/03/2011. Relata que, diante de sua demissão sem justa causa, procurou a terceira Ré para se informar sobre a possibilidade de portabilidade de carência do plano anterior para outro, a ser contratado. Afirma ter sido informada de que teria direito ao benefício da portabilidade de carência, desde que apresentasse todos os documentos que comprovassem a adesão ao plano anterior, exigência que alega ter cumprido no momento da contratação do novo plano, em 31/01/2011. Narra que, em 16/03/2011, se sentiu mal e foi constatado seu estado gravídico, sendo todos os exames realizados ainda pelo antigo plano, Bradesco. Sustenta que, ao contatar a segunda Ré para saber sobre a portabilidade de carência, foi informada de que havia carência para parto, de 300 dias, o que considerou abusivo. Destaca que a CAARJ, inclusive, veiculava propaganda, na Tribuna do Advogado, sobre carências reduzidas. Acrescenta que, posteriormente, constatou que seu médico assistente não era credenciado da Unimed, bem como não haver possibilidade de reembolso do valor das consultas. Assevera que sua gravidez era de alto risco, porquanto se havia submetido à cirurgia bariátrica, em 2009, e ainda estava com anemia. Aduz que as Rés se recusaram a autorizar o parto, sob a alegação de que precisaria ser cumprido prazo de carência de 300 dias, o qual terminaria em 26/12/2001, sendo que o parto estava previsto para até 19/11/2011. O instituto da portabilidade de carência foi regulamentado pela Resolução Normativa nº 186/2009, da ANS, a qual,

em seu art. 2º, inciso VII, o conceitua. No caso em apreço, a Autora afirma que era titular de plano de saúde operado pelo Bradesco Saúde desde 2005, tendo cumprido todos os prazos de carência no antigo plano. Acrescenta ter providenciado toda a documentação exigida pelas Requeridas para fins de portabilidade de carência, o que não foi impugnado pelas Rés, tornando-se fato incontroverso. Por outro lado, constata-se que o contrato de adesão celebrado com as Demandadas prevê exclusão de carência para quase todas as coberturas, com exceção apenas do parto a termo, para o qual foi estipulado prazo de carência de 300 dias. Todavia, considerando que a Requerente preencheu todos os requisitos previstos no art. 3º da Resolução Normativa nº 186/2009, da ANS, afigura-se injusta a recusa de autorização do parto, pela primeira Ré, sob o argumento de existência de carência. Com efeito, atendidas as exigências elencadas no aludido dispositivo, afigura-se abusiva a cláusula que prevê carência, tornando-se nula. Assim, a negativa em autorizar a realização do parto da Requerente configurou falha na prestação do serviço, além de conduta violadora da boa-fé objetiva, dos direitos da personalidade da consumidora e contrária à própria natureza do contrato. Cabe ressaltar que o artigo 7º, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor previu a solidariedade entre fornecedores de produtos e serviços que pertençam à mesma cadeia de consumo, a fim de que, tendo mais de um autor a ofensa, todos respondam solidariamente pela reparação dos danos. Também no artigo 25, § 1º, do mesmo Codex há previsão de que, existindo mais de um responsável pela causação do dano, todos devam responder solidariamente pela reparação. Assim, em que pese a negativa de atendimento ter sido determinada pela primeira Ré, tal se deu em razão da controvérsia causada por ambas as Demandadas quando da portabilidade da carência do antigo plano de saúde da Autora, reconhecendo-se, portanto, a responsabilidade solidária. Desta forma, restou demonstrado que a Suplicante fazia jus à cobertura do plano para a realização do parto, devendo, portanto, ser mantidos os efeitos da tutela deferida. No que toca à configuração dos danos morais, no caso em exame, estes são in re ipsa, porquanto inquestionáveis e decorrentes do próprio fato. Levando-se em conta as circunstâncias do caso, notadamente que a recusa se deu em momento de fragilidade, se vendo a Autora obrigada a se valer de tutela judicial para realizar o parto de seu filho, é de se fixar o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para compensação por danos morais.

[Íntegra do Acórdão](#) - Data de Julgamento: 03/08/2017

=====

[0040881-84.2014.8.19.0014](#) - APELAÇÃO - 1ª Ementa

Des(a). LUIZ ROBERTO AYOUB - Julgamento: 20/07/2017 - VIGÉSIMA SEXTA CÂMARA CÍVEL CONSUMIDOR

APELAÇÃO CÍVEL. RELAÇÃO DE CONSUMO. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE INTERNAÇÃO ALEGANDO NÃO OBSERVÂNCIA DO PERÍODO DE CARÊNCIA. SENTENÇA QUE JULGOU PROCEDENTE O PEDIDO, TORNANDO DEFINITIVA A TUTELA ANTECIPADA DEFERIDA E QUE DETERMINOU QUE A PARTE RÉ PRESTASSE A COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS INDICADOS PELA MÉDICA, BEM COMO TODOS OS PROCEDIMENTOS CORRELATOS À ENFERMIDADE APRESENTADA PELA 1ª AUTORA, DO DIA DA INTERNAÇÃO EM DIANTE, ALÉM DE CONDENAR O RÉU A PAGAR À 1ª AUTORA O VALOR DE R\$20.000,00 (VINTE MIL REAIS) E AO 2º AUTOR R\$ 10.000,00 (DEZ MIL REAIS), A TÍTULO DE DANOS MORAIS. APELAÇÃO INTERPOSTA PELO RÉU REQUERENDO A IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO AUTURAL. PARTE AUTORA QUE SE TRATA DE UMA CRIANÇA QUE NASCEU PREMATURA, TENDO DESENVOLVIDO AOS 02 (DOIS) MESES DE IDADE QUADRO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA E PNEUMONIA, VINDO A NECESSITAR DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI. DECLARAÇÃO MÉDICA QUE INDICA SITUAÇÃO URGENTE QUE AFASTA A CARÊNCIA CONTRATUAL, NOS TERMOS DO ARTIGO 35-C DA LEI Nº 9.656/1998. ENTENDIMENTO DO STJ. APLICAÇÃO DA SÚMULA 209

DESTE TRIBUNAL. DANO MORAL QUE RESTOU CONFIGURADO. VALOR ARBITRADO PELO JUÍZO A QUO QUE ESTÁ EM OBSERVÂNCIA AOS PRINCÍPIOS DA PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDADE. SENTENÇA QUE SE MANTÉM. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO.

[Íntegra do Acórdão](#) - Data de Julgamento: 20/07/2017

=====

[0469966-60.2012.8.19.0001](#) - APELAÇÃO - 1ª Ementa

Des(a). TEREZA CRISTINA SOBRAL BITTENCOURT SAMPAIO - Julgamento: 24/05/2017 - VIGÉSIMA SÉTIMA CÂMARA CÍVEL CONSUMIDOR

APELAÇÃO. RELAÇÃO DE CONSUMO. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE ATENDIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PARTO EM CARÁTER DE URGÊNCIA. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. DANO MORAL CONFIGURADO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA QUE SE MANTÉM. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO. 1. Extrai-se do relatório médico que vigorava situação de urgência médica a recomendar a submissão da paciente ao parto cesáreo, em decorrência do risco fetal. Tal cenário indica que o ato médico reclamado não é eletivo, nem planejado pela autora, de modo que não se revela razoável invocar a aplicação do prazo de carência de 300 dias ao caso. 2. Complicação no processo gestacional comprovado por laudo médico. Urgência constatada. 3. Réu que não se desincumbiu de seu encargo probatório, pois não acostou aos autos qualquer prova capaz de afastar a gravidade do quadro clínico descrito e a situação de urgência vivenciada pela demandante. 4. Negativa de cobertura que não encontra amparo, seja porque o período de carência contratualmente estipulado pelos planos de saúde não prevalece diante de situações emergenciais nas quais a recusa de cobertura possa frustrar o próprio sentido e a razão de ser do negócio jurídico firmado; seja porque é indiscutível a razoabilidade do pleito autoral diante da peculiaridade deste cenário fático, consistente na busca pela internação de urgência quando restavam apenas alguns dias para o término da carência. 5. Réu que se descurou de suas obrigações contratuais e não apresentou escusa legítima para o não fornecimento do atendimento de urgência da autora, exurgindo assim as lesões ao direito da personalidade. 6. Dano moral configurado. Precedentes. Súmulas nº 209 e 337 deste Tribunal. 7. Compensação a título de dano moral devidamente arbitrada, não merecendo redução em alinhô ao disposto no enunciado nº 343 desta Corte. 8. Negado provimento ao recurso.

[Íntegra do Acórdão](#) - Data de Julgamento: 24/05/2017

=====

[0033404-62.2013.8.19.0202](#) - APELAÇÃO - 1ª Ementa

Des(a). ANDREA FORTUNA TEIXEIRA - Julgamento: 26/04/2017 - VIGÉSIMA QUARTA CÂMARA CÍVEL CONSUMIDOR

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. AUTOR QUE APÓS SENTIR FORTES DORES NO ABDOMEN NECESSITOU REALIZAR EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CUMPRIMENTO DE CARÊNCIA CONTRATUAL. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS AUTORAIS. INDENIZAÇÃO A TÍTULO DE DANOS MORAIS FIXADA EM R\$ 15.000,00 (QUINZE MIL REAIS). RECURSO DO RÉU. ALEGAÇÃO DE NECESSIDADE DE CUMPRIMENTO DE CARÊNCIA CONTRATUAL QUE NÃO MERECE PROSPERAR. A Lei que regulamenta os planos e seguros de assistência privada de saúde determina a cobertura completa em casos de emergência, independente do período de carência, conforme dispõe o art. 35-C da Lei 9656/98. URGÊNCIA EM IDENTIFICAR O PROBLEMA QUE



ESTAVA CAUSANDO A DOR ABDOMINAL NO AUTOR. NEGATIVA DE DIREITO À VIDA. QUADRO CLÍNICO APRESENTADO QUE DEMANDA TRATAMENTO INDICADO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE, SOB PENA DE COMPROMETER A SAÚDE DO SEGURADO. QUANTUM FIXADO QUE ATENTOU PARA AS PECULIARIDADES DO CASO E A CONDIÇÃO FINANCEIRA DAS PARTES. APLICAÇÃO DO MÉTODO BIFÁSICO PARA JUSTIFICAR A MANUTENÇÃO DO VALOR FIXADO NA R. SENTENÇA. INCIDÊNCIA DO VERBETE Nº 343 DO TJRJ. POR FORÇA DA SUCUMBÊNCIA RECURSAL, FIXA-SE OS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS RECURSAIS EM 1% (UM POR CENTO) SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO, COM FUNDAMENTO NO ARTIGO 85, §§ 2º E 11 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL VIGENTE. DESPROVIMENTO DO RECURSO.

[Íntegra do Acórdão](#) - Data de Julgamento: 26/04/2017

=====

**Diretoria Geral de Comunicação e de Difusão do Conhecimento (DGCOM)  
Departamento de Gestão e Disseminação do Conhecimento (DECCO)**

Elaborado pela Equipe do Serviço de Pesquisa e Análise de Jurisprudência (SEPEJ) e disponibilizado pela Equipe do Serviço de Captação e Estruturação do Conhecimento (SEESC), ambos da **Divisão de Organização de Acervos do Conhecimento (DICAC)**

Para sugestões, elogios e críticas: [jurisprudencia@tjrj.jus.br](mailto:jurisprudencia@tjrj.jus.br)