



Número: **5006545-43.2022.8.13.0470**

Classe: **[CÍVEL] PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Unidade Jurisdicional da Comarca de Paracatu**

Última distribuição : **07/10/2022**

Valor da causa: **R\$ 20.000,00**

Assuntos: **Fornecimento de insumos**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Advogados
CRISTINA GONCALVES DOS SANTOS (AUTOR)	
	AXEL JAMES SANTOS GONZAGA (ADVOGADO)
SOLANO GONCALVES CABECEIRA (AUTOR)	
	AXEL JAMES SANTOS GONZAGA (ADVOGADO)
BRDESCO SAÚDE S/A (RÉU/RÉ)	
	ANDRE LUIZ LIMA SOARES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
9701394276	19/01/2023 15:38	Projeto de Sentença-Jesp	Projeto de Sentença-Jesp



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Justiça de Primeira Instância

Comarca de PARACATU / Unidade Jurisdicional da Comarca de Paracatu

PROJETO DE SENTENÇA

PROCESSO: 5006545-43.2022.8.13.0470

AUTOR: SOLANO GONCALVES CABECEIRA, CRISTINA GONCALVES DOS SANTOS

RÉU/RÉ: BRADESCO SAÚDE S/A

Vistos etc.

RELATÓRIO

Dispensado o relatório, nos termos do art. 38 da Lei 9.099/95. Passo a destacar os principais acontecimentos do processo.

Trata-se de ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos morais, movida por **SOLANO GONÇALVES CABECEIRA e CRISTINA GONÇALVES DOS SANTOS** em face de **BRADESCO SAÚDE S/A**.

Narra os autores que Solano trabalhou na empresa Kinross Brasil Mineração, e por este motivo os autores sempre foram beneficiários do Plano de Saúde convencionado ao réu.

Argumentam que o autor foi desligado no dia 13/07/2022, e neste período, a autora Cristina estava em tratamento médico, por estar acometida com Espondilodiscite e dor lombar crônica, e em sua alta foi recomendado home care, como plano terapêutico, com ATB DOMICILIAR daptomicina, até o dia 08/11/2022.

Asseveram que inicialmente foi autorizado pela ré, contudo, posteriormente, os requerentes receberam a informação que pela ausência de vínculo empregatício do primeiro autor, o tratamento e o convênio foram suspensos.

Aduziram que possuem interesse em manter o plano de saúde nas mesmas condições ofertadas.

Requerem, ao final, que a ré seja obrigada a cobrir as despesas decorrentes do tratamento home care da autora Cristina, incluindo todos custos com exames, honorários médicos, limitando-se a cobrar a mensalidade do plano de saúde, e danos morais no importe de R\$20.000,00 (vinte mil reais).

Liminar deferida (ID n. 9626732376)

Em contestação, a ré pontua que os autores não são contribuintes ao plano, que a apólice foi cancelada no dia 30/09/2022, e que por mera liberalidade da ré, deixou a cobertura até essa data, encerrando o seguro saúde. Afirma que a assistência domiciliar não é obrigatória, e que não há o dever de indenizar os danos sofridos.

Os autos foram remetidos para elaboração do projeto de sentença.

Passo a fundamentar e decidir.



FUNDAMENTAÇÃO

Feito pronto para julgamento, nos termos do art. 355, I do CPC, por se tratar de questão de fato e de direito que não demanda a produção de prova oral em audiência.

Registro que o julgamento antecipado do processo é uma exigência de celeridade processual que atende à garantia constitucional da razoável duração do processo, conforme dispõe o art. 5º, inciso LXXVIII, da Constituição Federal.

Nesse sentido, o Superior Tribunal de Justiça assentou que “o juiz pode conhecer diretamente do pedido quando a questão de mérito, mesmo sendo de direito e de fato, não demonstre haver necessidade de produção de prova em audiência”. (REsp nº 27338/MA, Rel. Min. JESUS COSTA LIMA, Quinta Turma, DJ de 1º.2.1993 - destaqueei).

Em verdade, o julgamento antecipado representa o direito a um processo sem dilações indevidas, tornando concreta a promessa constitucional estabelecida a partir da Emenda Constitucional nº 45/2004.

Importa consignar, de início, que os planos de saúde estão submetidos ao Código de Defesa do Consumidor, pois envolvem típica relação de consumo (Súmula 608 do STJ), incidindo, assim, o disposto no art. 47 do CDC, que determina a interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor.

Nesse contexto, a inversão do ônus probatório se dá por força de lei sempre que o consumidor alegue falha no produto ou serviço, sem que seja necessário pronunciamento judicial a respeito – inteligência dos art. 12, §3º e 14, §3º do CDC. Percebe-se que o CDC adotou, como regra, o ônus dinâmico do ônus da prova, no intuito de munir a relação consumerista da necessária igualdade material. Desta forma, cabe ao fornecedor a tarefa de provar a inexistência de defeito na prestação do serviço ou culpa exclusiva de terceiros ou do próprio consumidor (Artigo 14, §3º do mencionado diploma).

No que tange à controvérsia em si, verifica-se que os autores pretendem a cobertura do tratamento home care da autora Cristina, mantendo as condições originalmente pactuadas quando da contratação do plano de saúde coletivo ao qual aderira. A operadora afirma que ele não é mais contributário do plano, de modo que não cabe direito a ele.

Como cediço, na forma do art. 1ª da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 19, ao beneficiário do plano de saúde coletivo é assegurado o direito de manutenção da cobertura assistencial de que gozava, em caso de cancelamento do contrato, devendo ser disponibilizado a ele (beneficiário) plano na modalidade individual ou familiar:

Art. 1º 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.

§ 1º - Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

§ 2º - Incluem-se no universo de usuários de que trata o caput todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

Art. 2º Os beneficiários dos planos ou seguros coletivos cancelados deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da operadora no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento.

Parágrafo único - O empregador deve informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o caput.

Assim, tem-se que, após o cancelamento do plano coletivo, deve o beneficiário, caso tenha interesse,



migrar para um plano individual, assumindo o pagamento integral da contribuição do plano de saúde e não apenas o valor que lhe cabia quando da vigência do contrato coletivo.

Sobre o tema, o Superior Tribunal de Justiça já decidiu:

EMENTA: AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONHECIMENTO DO RECURSO NOS LIMITES EM QUE IMPUGNADA A DECISÃO AGRAVADA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. ART. 31 DA LEI 9.656/98. APOSENTADO. MANUTENÇÃO NAS MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA EXISTENTES QUANDO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE TRABALHO. 1. Assegura-se ao aposentado o direito de permanecer como beneficiário de contrato de plano de saúde formalizado em decorrência de vínculo empregatício, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava antes da aposentadoria, desde que tenha contribuído, ainda que indiretamente, por no mínimo dez anos e assuma o pagamento integral da contribuição. 2. Agravo interno parcialmente conhecido e, nessa parte, improvido. (AgRg no AREsp 452.709/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 13/10/2015, DJe 04/11/2015)

Com o mesmo entendimento, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO DO CONTRATO. DIREITO DE MIGRAÇÃO PARA UM PLANO INDIVIDUAL. PAGAMENTO INTEGRAL DAS MENSALIDADES. MANUTENÇÃO COMO BENEFICIÁRIO. POSSIBILIDADE. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. SENTENÇA CONFIRMADA. 1) Não configura vício de julgamento extra petita, se o julgador decide a lide com observância dos pedidos formulados pelas partes. 2) Nos termos do art. 1º da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 19, ao beneficiário do plano de saúde coletivo é assegurado o direito de manutenção da cobertura assistencial de que gozava, em caso de cancelamento do contrato, na modalidade individual ou familiar, desde que assumo o pagamento integral da contribuição. (TJ-MG - AC: 10223130221136003 MG, Relator: Marcos Lincoln, Data de Julgamento: 11/03/0019, Data de Publicação: 21/03/2019, grifei)

Portanto, no caso em apreço, os autores fazem jus à manutenção do plano de saúde, mas nas condições dos planos individuais ou familiares (visto que não é mais funcionário da mineradora, fato incontroverso), sem prazo de carência, desde que assumo o valor da nova contribuição, conforme determina Art. 1º da mencionada Resolução nº 19 do CONSU.

Por outro lado, entendo que restou configurada a falha na prestação do serviço, pois a operadora não apresentou prova de que comunicou o consumidor acerca do cancelamento do plano coletivo, muito menos de que ofereceu as opções de planos individuais ou familiares.

Aos fornecedores, faz-se necessário o cumprimento do dever de informação adequada, direito do consumidor:

Art. 6º do CDC. São direitos básicos do consumidor: [...] III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem.

Deste modo, a requerida é responsável pelos danos oriundos de sua conduta desidiosa, inclusive aqueles de ordem moral, na conformidade do Art. 14 do CDC, a saber: “O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos”.

Quanto ao tratamento “home care”, como é de amplo conhecimento na área médica, visa ao atendimento das necessidades de pacientes que precisam de internação hospitalar, mas que apresentem um quadro clínico estável, suficiente a autorizar sua permanência em um ambiente extra hospitalar, sua casa, mais perto da família.

A tese defensiva de que os tratamentos médicos recomendados ou de que as técnicas prescritas não guardam obrigatoriedade, por não se encontrar no rol da ANS não merece guarida.



O agente operador do plano de saúde, na qualidade de fornecedor de bens e serviços, tem o dever de custear as despesas com os procedimentos clínicos e cirúrgicos, devendo fornecer medicamentos considerados necessários ao tratamento prescrito.

Outrossim, o rol da ANS não possui função limitadora, mas sim o papel de garantir os procedimentos mínimos necessários a serem observados pelos planos e operadoras de saúde.

Significa dizer, a lista de procedimentos médicos da Agência Nacional de Saúde encerra referências básicas aos operadores de planos e seguros de saúde, mas não tem o condão de limitar ou de excluir direitos estipulados contratualmente.

O Superior Tribunal de Justiça assim já decidiu em casos semelhantes:

As resoluções normativas da ANS estabelecem listagem meramente exemplificativa dos procedimentos de cobertura obrigatória, não podendo, pois, servir de base à negativa da operadora do plano de saúde de prestar toda a assistência indispensável ao tratamento das patologias que acometem o segurado, sobretudo quando recomendado pelo médico assistente." (Aresp nº 369204, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cuevas, j. 14/10/2013).

Não é dado à operadora do plano de saúde interferir no mérito do tratamento médico a que o paciente tem que se submeter. Compete ao médico responsável escolher o meio mais eficiente e seguro ao restabelecimento de sua saúde, sem interferências dos planos de saúde.

Comprovada a necessidade de tratamento como meio essencial ao tratamento da doença e de garantia da saúde do consumidor do plano, exsurge abusiva a negativa pela operadora, notadamente quando a cobertura à doença é de natureza obrigatória, como no caso em tela.

A recusa é prática abusiva e viola o disposto no art. 51, § 1º, inc. II, do Código de Defesa do Consumidor, por restringir direitos e obrigações inerentes à natureza do contrato, colocando em risco a vida do paciente, o equilíbrio contratual e por violar a função social do contrato.

Portanto, de rigor a condenação para que os réus sejam compelidos a autorizarem a realização do tratamento de acordo com a prescrição médica.

Quanto aos danos morais, não se exige prova de prejuízo concreto para a sua identificação, pois eles ocorrem no plano subjetivo e existem *in re ipsa*, ou seja, são presumidos, bastando provar a ocorrência do ato ilícito para a sua configuração.

No caso em análise, restou demonstrada a ocorrência de dano moral, pois há evidência de conduta de certa gravidade apta a ultrapassar as raias do mero dissabor cotidiano.

Ora, conforme relatado anteriormente, os autores se vira, desamparados, sem acesso ao plano de saúde no momento em que mais precisavam, e a operadora foi omissa não lhe comunicou acerca do cancelamento do plano coletivo. Tal fato, além de configurar ato ilícito, causa inegável sentimento de apreensão ao consumidor.

Configurado o dano moral, bem como constatada a existência do nexo entre ele e o ato ilícito perpetrado pela promovida, há que se voltar a atenção ao valor devido em indenização. Neste contexto, toma-se como base a realidade da vida e as peculiaridades de cada caso, proporcionalmente ao grau de culpa e ao porte econômico das partes.

Ademais, não se pode olvidar, consoante parcela da jurisprudência pátria, acolhedora da tese punitiva acerca da responsabilidade civil, da necessidade de desestimular o ofensor a repetir o ato.

Nessa toada, observadas as particularidades do caso em questão, especialmente a conduta ilícita da demandada; a condição econômica das partes; e o necessário caráter sancionatório da medida, compreendo que o valor da compensação pelos danos morais deve ser fixado em R\$10.000,00 (dez mil reais), suficiente para os fins acima colimados.

O valor da indenização deverá ser corrigido monetariamente pelos índices divulgados pela Corregedoria



Geral de Justiça, a partir desta sentença, conforme Súmula nº 362 do Superior Tribunal de Justiça, e acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, a partir da citação (Art. 405 do CC).

CONCLUSÃO

Ante ao exposto, confirmando a liminar ora concedida, **JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE** os pedidos contidos na inicial para:

a) **CONDENAR** a ré a cobrir todas despesas, assistência e custear o tratamento HOME CARE, conforme prescrição médica nos exatos moldes que vinha fazendo antes da interrupção do contrato, limitando-se a cobrar dos autores os valores das contribuições da mensalidade do plano de saúde;

b) **CONDENAR** a ré a pagar aos autores, a título de indenização por danos morais, o valor de R\$10.000,00 (dez mil reais), quantia a ser acrescida de atualização monetária conforme a tabela da CGJ/TJMG, a contar da presente sentença, bem como de juros moratórios de 1% a.m., a contar da citação

De mais a mais, julgo extinto o feito, com resolução do mérito, nos termos do artigo 487, I, do Código de Processo Civil.

Sem custas e honorários, nos termos do art. 55 da Lei nº 9.099/1995.

Após o trânsito em julgado, aguarde-se o prazo de 30 (trinta) dias a provocação da parte autora, e, caso inerte, arquivem-se com baixa.

Publique-se. Registre-se. Intime-se. Cumpra-se.

PARACATU, 18 de janeiro de 2023
CAROLINE MORAIS CORRÊA
Juiz(íza) Leigo

SENTENÇA

PROCESSO: 5006545-43.2022.8.13.0470

AUTOR: SOLANO GONCALVES CABECEIRA, CRISTINA GONCALVES DOS SANTOS

RÉU/RÉ: BRADESCO SAÚDE S/A

Vistos, etc.

Nos termos do art. 40 da Lei 9099/95, homologo o projeto de sentença para que produza os seus jurídicos e legais fundamentos.

PARACATU, 18 de janeiro de 2023
JOSE RUBENS BORGES MATOS
Juiz de Direito
Documento assinado eletronicamente

Avenida Olegário Maciel, 193, Fórum Martinho Campos Sobrinho, PARACATU - MG - CEP: 38600-000



