

# Superior Tribunal de Justiça

## AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.590.984 - SP (2019/0288327-7)

**RELATOR** : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**  
**AGRAVANTE** : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS  
**ADVOGADOS** : ALDO DOS SANTOS PINTO - SP164096  
JOÃO CLÁUDIO VIEITO BARROS E OUTRO(S) - SP197758  
**AGRAVANTE** : ASSOCIACAO DO PLANO DE SAUDE DA SANTA CASA DE SANTOS  
**ADVOGADOS** : RAFAEL CANCHERINI SCARCELLO - SP289905  
MARIA LAURA VAZQUEZ PIMENTEL E OUTRO(S) - SP392657  
MESSALA OLIVEIRA CHAD - SP364789  
**AGRAVADO** : L E F DOS S (MENOR)  
**REPR. POR** : E A F  
**ADVOGADO** : MARCIO SOUZA THYRSO DE LARA - SP347567

### EMENTA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. CIRURGIA DE CARÁTER DE EMERGÊNCIA. NEGATIVA INJUSTIFICADA. CERCEAMENTO DE DEFESA. INDEFERIMENTO DE PROVA PERICIAL. PERSUASÃO RACIONAL DO MAGISTRADO. REEXAME DE PROVAS. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ. AFERIÇÃO DA NATUREZA EMERGENCIAL DO PROCEDIMENTO INDICADO AO PACIENTE. REEXAME DE MATÉRIA FÁTICO-PROBATÓRIA. SÚMULA 7/STJ. TRATAMENTO EMERGENCIAL. AFASTAMENTO DA CARÊNCIA. SÚMULA 83/STJ. RECUSA DA COBERTURA. DÚVIDA RAZOÁVEL NA IN DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. SÚMULA 83/STJ. LIMITAÇÃO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL A 12 (DOZE) HORAS. FALTA DE PREQUESTIONAMENTO DA MATÉRIA OU TESE. SÚMULAS 282 E 356 DO STF. AGRAVO CONHECIDO PARA CONHECER PARCIALMENTE DO RECURSO ESPECIAL DE ASSOCIAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DA SANTA CASA DE SANTOS E, NESSA EXTENSÃO, NEGAR-LHE PROVIMENTO.

### DECISÃO

L. E. F. DOS S., representada por E. A. F., ajuizou ação de obrigação de fazer cumulada com pedido indenizatório em desfavor de Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos e Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos, visando fossem as rés compelidas a custear os procedimentos urgentes indicados pelo médico-assistente, isto é, "cirurgia para correção de artrodese da coluna c/ instrumentação

# *Superior Tribunal de Justiça*

por seguimento e descompressão medular e/ou cauda equina", para o tratamento da enfermidade suportada pelo autor, bem como fossem condenadas ao pagamento de danos morais pela negativa injustificada dos referidos procedimentos.

O Magistrado de primeiro grau julgou procedentes os pedidos da inicial e condenou as requeridas, solidariamente, ao custeio do tratamento indicado e ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).

Em seguida, ambas as rés interpueram recursos de apelação, aos quais a Quinta Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo deu parcial provimento com vistas a reduzir o valor da indenização por danos morais para R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

O acórdão foi assim ementado (e-STJ, fl. 871):

CERCEAMENTO DE DEFESA - Inocorrência - Elementos suficientes para o convencimento do juiz - Desnecessidade de outras provas - Preliminar rejeitada.

ILEGITIMIDADE PASSIVA - Desacolhimento - Responsabilidade solidária dos integrantes da cadeia de consumo - Preliminar afastada.

PLANO DE SAÚDE - Obrigação de fazer - Negativa de cobertura de procedimento cirúrgico de urgência - Procedência do pedido - Inconformismo das rés - Acolhimento em parte - Aplicação do disposto no art. 252 do RITJSP - Autor acometido de tipo raro de escoliose - Prescrição de cirurgia corretiva - Abusividade da negativa de cobertura de cirurgia emergencial - Prazo máximo de carência de 24 horas - Inteligência dos arts. 12, inc. V, alínea c, e 35-C, inc. I, da Lei n. 9.656/98 - Danos morais configurados - Quantum reduzido de R\$ 30.000,00 para R\$ 10.000,00 - Valor adequado e proporcional - Sentença reformada em parte para reduzir a indenização para R\$ 10.000,00 - Recursos parcialmente providos.

Preliminares rejeitadas e recursos parcialmente providos.

Inconformada, Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos interpôs recurso especial com fundamento na alínea *a* do permissivo constitucional, apontando violação aos arts. 6º, 7º e 464, § 1º, do CPC/2015; 11 e 35-C da Lei n. 9.656/1998; 4º, I e II, da Lei n. 9.961/2000; 186, 188, I, 421, 422 e 927 do Código Civil; 2º da Resolução CONSU n. 13/1998; e à Resolução Normativa n.162/2007 da ANS.

Sustentou, em síntese, cerceamento de defesa ante o indeferimento da prova pericial, a qual tinha o objetivo de esclarecer se a cirurgia indicada ao paciente tinha o caráter

# Superior Tribunal de Justiça

de urgência, questão central para o deslinde da controvérsia em discussão.

Defendeu que o procedimento cirúrgico indicado ao autor não se enquadra nas situações de urgência ou emergência, tratando-se, na verdade, de cirurgia de natureza eletiva.

Aduziu que, por ser preexistente a doença que acomete o autor, antes do fim do prazo contratual de carência de 24 (vinte e quatro) meses, não há obrigação de o plano de saúde custear os procedimentos de alta complexidade indicados para tratamento dessa enfermidade.

Argumentou que, mesmo considerando a situação de urgência, a circunstância de a doença preexistente ainda estar em período de carência limita a cobertura às 12 (doze) primeiras horas de atendimento em ambulatório, nos termos da Resolução CONSU n. 13/1998.

Sustentou, então, que a condenação da operadora do plano de saúde ao custeio de tratamento fora das cláusulas contratuais estabelecidas viola a boa-fé contratual e o princípio do *pacta sunt servanda*.

Alegou, por fim, que a recusa do procedimento indicado, quando fundada em dúvida razoável atinente à interpretação de cláusulas contratuais, não enseja a condenação à reparação de danos morais, postulando, alternativamente, a redução do montante arbitrado a esse título.

Contrarrazões às fls. 962-970 (e-STJ).

O Tribunal de origem não admitiu o processamento do recurso especial, o que levou a insurgente à interposição do presente agravo.

Contraminuta às fls. 1.029-1.038 (e-STJ).

Brevemente relatado, decido.

No que diz respeito ao alegado cerceamento de defesa, a agravante sustenta a nulidade do acórdão proferido pelo Tribunal estadual em face do julgamento antecipado da lide, precedido de indeferimento do pedido de produção de prova pericial.

Sobre a questão, a Corte local afastou a ocorrência do cerceamento de defesa consignando as seguintes razões (e-STJ, fl. 873):

As preliminares de cerceamento de defesa em razão do julgamento antecipado da lide devem ser repelidas, pois os elementos necessários para convencimento do juiz encontram-se presentes. As fotografias e

# *Superior Tribunal de Justiça*

a prescrição médica corroboraram a urgência da cirurgia (v. fls. 23/24 e 28/30).

É oportuno lembrar que “A prova tem como objeto os fatos deduzidos pelas partes, tem como finalidade a formação da convicção em torno desses fatos e como destinatário o juiz, visto que ele é que deve ser convencido da verdade dos fatos já que ele é que vai dar solução ao litígio” (Jurid XP, 21a Ed, Comentário ao art.

332 do Código de Processo Civil). E é por isso que o Colendo Superior Tribunal de Justiça reiteradamente tem assentado que “O Juiz é o destinatário da prova e a ele cabe selecionar aquelas necessárias à formação de seu convencimento” (REsp nº 431058/MA, Rel. Min. Humberto Gomes de Barros, DJ 23.10.06).

Verifica-se que, quanto ao tema, o acórdão proferiu entendimento em consonância com a jurisprudência desta Corte, no sentido de que o indeferimento da realização de prova pericial, quando o juiz da causa, diante do cenário fático-probatório existente, houver concluído pela existência de elementos suficientes à formação de sua livre convicção motivada, não importa cerceamento de defesa.

Ademais, incide, nesse campo, o princípio da persuasão racional, isto é, cabe ao julgador, de maneira fundamentada, determinar as provas que entende necessárias à solução da controvérsia, bem como o indeferimento daquelas que considerar prescindíveis ou meramente protelatórias, análise cujo mérito não pode ser revisto em recurso especial, consoante dispõe a Súmula n. 7/STJ. Nesse sentido: AgRg no AREsp 104.819/SP, Rel. Ministro Antônio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 17/3/2015, DJe 24/3/2015; EDcl no REsp 1.142.988/ES, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 12/8/2014, DJe 19/8/2014; AgRg no REsp 1.092.657/RS, Rel. Ministro Arnaldo Esteves Lima, Primeira Turma, julgado em 22/3/2011, DJe 12/4/2011.

Quanto à natureza da cirurgia indicada ao paciente, o Tribunal de origem, a partir da análise do caderno fático-probatório dos autos, concluiu, ratificando os fundamentos da sentença, que o referido procedimento cirúrgico teria o caráter de emergência, razão pela qual, não obstante o prazo de carência contratual, considerou abusiva a conduta do plano de saúde ao recusar o custeio do tratamento de emergência prescrito pelo médico do beneficiário, conforme se verifica dos seguintes trechos do acórdão recorrido (e-STJ, fls. 875-880):

Da urgência e da carência. Sendo assim, a recusa da ré, referente ao tratamento médico-hospitalar, alegando existir prazo de carência, mesmo quando o tratamento se mostra urgente, ofende o direito básico do consumidor-paciente inscrito no artigo 47 da Lei nº 8.078/90, sendo nula de pleno direito, de acordo com o artigo 51, §1º, inciso II, dessa mesma lei, bem como com o princípio constitucional inserto no artigo 170, inciso V, denossa Lei Maior.

Ressalte-se que a recusa ao tratamento indicado sob a simples alegação de não haver transcorrido o prazo de carência não vinga, mormente porque a escusa impugnada não se aplica a casos emergenciais, como o da Requerente. No mesmo sentido a Súmula 96: "Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento".

Acresça-se que embora seja legal a estipulação de prazo de carência, este não incide quando de tratamento de emergência/urgência, nos termos dos artigos 12, inciso V, alínea "c" e 35-C da Lei nº 9656/98.

Por isso, revela-se abusiva a cláusula que estipula prazo de carência para atendimentos emergenciais, inclusive internações, superior a 24 horas, porque contrária à legislação vigente, impondo-se o dever da operadora do plano de proceder a internação necessária à manutenção da vida do autor. Outro não é o entendimento do E.

Tribunal de Justiça de São Paulo:

(...)

Como já decidido anteriormente por este Juízo nestes mesmos autos, trata-se de ação de obrigação de fazer proposta em decorrência da negativa de a ré em autorizar a internação do menor autor que foi diagnosticado com artrodese de coluna e descompressão medular em caráter de urgência/emergência (fls. 25 solicitada por médico credenciado), sob a alegação de que ele cumpre prazo de carência para tal cobertura até 11/02/2019.

Ora, quando o estado de saúde da parte beneficiária do plano contratado é de caráter emergencial ou de urgência colocando-a em situação que enseje risco à vida ou lesões irreparáveis, é obrigatória a cobertura para o atendimento que for dispensado à paciente, mesmo se ocorrer durante o prazo de carência, como prevê a legislação que rege a matéria.

Assim, demonstrado que o menor se encontra em situação de emergência/urgência, (verificado pelo médico subscritor do documento de folhas 23) e o tratamento para sanar a situação era a internação, afasta-se o prazo de carência, conforme artigo 35-C da Lei 9.656/98. Saliente-se ainda que o artigo 12, inciso V, alínea c, da Lei 9.656/98, determina expressamente que, em casos de urgência ou de emergência, o prazo máximo de carência que pode ser estabelecido pelo plano de saúde é de 24 horas.

Tratando-se de casos de urgência e emergência, não há que se falar em observância dos prazos de carência contratual, quando já ultrapassadas as primeiras vinte e quatro horas posteriores à realização do contrato. Ademais, a discussão a respeito acha-se superada pela Súmula nº 103 deste E. Tribunal: "É abusiva a negativa

de cobertura em atendimento de urgência e/ou emergência a pretexto de que está em curso período de carência que não seja o prazo de 24 horas estabelecido na Lei nº 9.656/98”.

E, no caso, restou demonstrado que a demora na cirurgia pode causar danos irreversíveis ao autor por se encontrar em situação de urgência/emergência, atestado por dois médicos.

Basta ver as fotografias do paciente cuja internação o plano negou.

Como já decidido em sede de agravo, a ré não nega a cobertura da doença da parte autora, mas sim o procedimento cirúrgico solicitado, fundando a recusa na existência de carência contratual decorrente da preexistência da doença e no fato de não se tratar de cirurgia de urgência/emergência, mas sim de cirurgia eletiva.

Desnecessária mesmo qualquer perícia, pois o fato da doença é incontroverso. Não se discute a preexistência da doença, sobretudo porque foi revelada pelo próprio autor no momento da assinatura do contrato (fls. 408 dos autos originários).

(...) No entanto, não se pode excluir a urgência do procedimento apenas com base no relatório médico de fls. 449 dos autos, elaborado pelo preposto da ré, diante da prescrição médica de urgência feita pelo médico Lucas Miotto José: “está indicado tratamento cirúrgico ao paciente com 14 anos e está no tempo ideal para tratamento, com o estirão do crescimento, sua curvatura pode aumentar (...), denotando urgência na resolução do caso. Indico tratamento cirúrgico” (fls. 23/24 dos autos originários).

E nem se diga que se trata de cirurgia eletiva como consta da guia de internação juntada a fls. 25, pois referido documento não foi preenchido pelo médico do autor. Mais um motivo para o julgamento antecipado, indeferida a oitiva do médico Lucas. Assim, torna-se mesmo ilegal a negativa de cobertura do procedimento solicitado.

Na verdade, a situação parece se amoldar ao disposto na Súmula 103, editada por este Egrégio Tribunal de Justiça, já mencionada. Ademais, a recusa na cobertura da cirurgia, a princípio, mostra-se injustificada e abusiva, nos termos da legislação consumerista, porque restringe direito fundamental inerente à natureza do contrato (saúde), ameaçando o equilíbrio e o próprio objeto contratual.

Conforme definição do artigo 35-C, inciso I, da Lei 9.656/98, configuram situações de emergência aquelas que “implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente”.

Ademais, nos termos do artigo 12, inciso V, item “c”, da Lei 9.656/98, os prazos de carência em casos de urgência e emergência não podem ser fixados em período superior a 24 horas.

No presente caso, em que pesem as alegações das partes requeridas, os elementos dos autos comprovam a natureza emergencial da internação e cirurgia de que necessitou a autora, porquanto o médico que a atendeu prescreveu cirurgia de urgência imediata.

Assim, a recusa da requerida em cobrir os procedimentos de que necessitou a autora, ignorando o caráter emergencial destes, configura prática abusiva.

Ressalte-se que a carência contratualmente estabelecida possui legitimidade apenas em situações normais, e não no caso de situações

# Superior Tribunal de Justiça

emergenciais, como na presente demanda. Nesse sentido já decidiu esse E. Tribunal:

(...)

Portanto, abusiva a negativa da ré, sendo de rigor a restituição dos valores gastos pela autora, considerando que é incontroverso que o hospital faz parte da rede referenciada contratada.

Nessas circunstâncias, a revisão do julgado *a quo*, com vistas a aferir a presença do caráter emergencial, ou não, do tratamento prescrito ao paciente, exigiria o revolvimento dos fatos e das provas pertinentes ao caso, o que não se admite em recurso especial, diante da aplicação da Súmula 7 desta Corte.

De outro lado, observa-se que o acórdão recorrido decidiu em consonância com a sólida jurisprudência desta Corte no sentido de 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" (AgRg no Ag 845.103/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 17/04/2012, DJe 23/04/2012).

Incidência da Súmula 83 do STJ.

Nesse sentido:

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. PERÍODO DE CARÊNCIA. EMERGÊNCIA COMPROVADA. DANO MORAL CONFIGURADO. VALOR DA INDENIZAÇÃO. PRINCÍPIOS DA PROPORCIONALIDADE E DA RAZOABILIDADE. SÚMULA N. 7/STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. "A jurisprudência desta Corte é no sentido de que a cláusula contratual que prevê prazo de carência para utilização dos serviços prestados pelo plano de saúde não é considerada abusiva, desde que não obste a cobertura do segurado em casos de emergência ou urgência, como na hipótese dos autos. Precedentes" (AgInt no AREsp 1269169/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 11/09/2018, DJe 18/09/2018).
2. O recurso especial não comporta o exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos, a teor do que dispõe a Súmula n. 7/STJ.
3. No caso concreto, o Tribunal de origem analisou as provas dos autos para concluir pela existência de danos morais, decorrentes da negativa de cobertura do atendimento de emergência sob o pretexto

# *Superior Tribunal de Justiça*

de inobservância do prazo de carência. Alterar esse entendimento demandaria o reexame dos fatos que informaram a causa, vedado em recurso especial.

4. Somente em hipóteses excepcionais, quando irrisório ou exorbitante o valor da indenização por danos morais arbitrado na origem, a jurisprudência desta Corte permite o afastamento do referido óbice, para possibilitar a revisão. No caso, o valor estabelecido pelo Tribunal de origem não se mostra excessivo, a justificar sua reavaliação em recurso especial.

5. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1298194/DF, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 18/10/2018, DJe 25/10/2018)

Em relação à ocorrência do dano moral, não se pode olvidar que 'há situações em que existe dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual, não podendo ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, a conduta de operadora que optar pela restrição de cobertura sem ofender, em contrapartida, os deveres anexos do contrato, tal qual a boa-fé, o que afasta a pretensão de compensação por danos morais' (AgInt no AREsp n. 1.134.706/SC, Relator o Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, DJe de 23/11/2017).

No entanto, cumpre assinalar que o entendimento firmado no STJ é no sentido de que, em regra, há caracterização do dano moral quando a operadora do plano de saúde se recusa à cobertura do tratamento médico emergencial ou de urgência, porquanto agrava o sofrimento psíquico do usuário, já combalido pelas condições precárias de saúde, não havendo que se falar em mero dissabor por inadimplemento contratual.

A propósito:

CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER E DE COMPENSAÇÃO DE DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO. DOENÇA. COBERTURA. RECUSA INJUSTIFICADA. DEVERES ANEXOS OU LATERAIS. BOA-FÉ OBJETIVA. VIOLAÇÃO. DANO MORAL. OCORRÊNCIA.

1. O propósito recursal é determinar se a negativa da seguradora ou operadora de plano de saúde em custear tratamento de doença coberta pelo contrato tem, por si só, a aptidão de causar dano moral ao consumidor segurado.

2. Embora o mero inadimplemento, geralmente, não seja causa para

ocorrência de danos morais, a jurisprudência do STJ vem reconhecendo o abalo aos direitos da personalidade advindos da recusa indevida e ilegal de cobertura securitária, na medida em que a conduta agrava a já existente situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado.

3. A recusa indevida e abusiva de cobertura médica essencial à cura de enfermidade coberta por plano de saúde contratado caracteriza o dano moral, pois há frustração da justa e legítima expectativa do consumidor de obter o tratamento correto à doença que o acomete.

4. Existem situações, todavia, em que a recusa não é indevida e abusiva, sendo possível afastar a presunção de dano moral, pois dúvida razoável na interpretação do contrato não configura conduta ilícita capaz de ensejar indenização.

5. O critério distintivo entre uma e outra hipótese é a eventualidade de a negativa da seguradora pautar-se nos deveres laterais decorrentes da boa-fé objetiva, a qual impõe um padrão de conduta a ambos os contratantes no sentido da recíproca colaboração, notadamente, com a prestação das informações necessárias ao esclarecimento dos direitos entabulados no pacto e com a atuação em conformidade com a confiança depositada.

6. In casu, o tratamento para a doença (neoplasia) por meio de radioterapia teria sido previsto no contrato, e a negativa de cobertura teria sido justificada pelo fato de o método específico de tratamento não estar previsto na lista de procedimentos da Agência Nacional de Saúde. Como a negativa de cobertura não estava expressa e destacada no contrato e como o tratamento seria necessário e indispensável à melhora da saúde, a recusa ao custeio do tratamento mostra-se injusta e decorrente de abuso, violando a justa expectativa da parte, o que revela a existência de dano moral a ser indenizado.

7. Recurso especial conhecido e provido.

(REsp 1651289/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 06/04/2017, DJe 05/05/2017)

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZATÓRIA DE DANOS MORAIS E MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE TRATAMENTO MÉDICO. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE. CONTRATO DE ADESÃO. INTERPRETAÇÃO EM FAVOR DO ADERENTE. PRECEDENTE DA TERCEIRA TURMA. DANO MORAL DEMONSTRADO NAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS. INVIABILIDADE DE REEXAME DAS PROVAS DOS AUTOS. QUANTUM INDENIZATÓRIO. VALOR QUE NÃO SE REVELA EXCESSIVO. DECISÃO MANTIDA. MULTA DO ART. 1.021, § 4º, DO NCPC. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO, COM IMPOSIÇÃO DE MULTA.

[...]

3. Consoante a jurisprudência desta Corte há caracterização do dano

moral, quando a operadora do plano de saúde recusa indevidamente a cobertura do tratamento médico emergencial ou de urgência, não havendo que se falar, na hipótese, em mero inadimplemento contratual. Incidência, no ponto, da Súmula nº 83 do STJ.

4. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos.

[...]

6. Agravo interno não provido, com imposição de multa. (AgInt no AREsp 1406287/PR, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 15/04/2019, DJe 22/04/2019)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA. INTERNAÇÃO. CARÊNCIA. DANOS MORAIS.

1. Ação de obrigação de fazer em razão da negativa de internação hospitalar de emergência.

2. O período de carência contratualmente estipulado pelo plano de saúde não prevalece diante de situações emergenciais graves nas quais a recusa de cobertura possa frustrar o próprio sentido e a razão de ser do negócio jurídico firmado.

3. A recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada, pode ensejar reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário Precedentes.

4. Agravo interno no agravo em recurso especial desprovido.

(AgInt no AREsp 1326316/DF, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 22/10/2018, DJe 25/10/2018)

AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. DOENÇA RENAL. PERÍODO DE CARÊNCIA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. RECUSA DE COBERTURA. 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. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 15/10/2015, DJe 23/10/2015).

# Superior Tribunal de Justiça

Na espécie, o Tribunal de origem, ao considerar que demora na cirurgia poderia causar danos irreversíveis ao autor, dada a sua "situação de urgência/emergência, atestada por dois médicos", bem como ressaltando que "o artigo 12, inciso V, alínea c, da Lei 9.656/98 determina expressamente que, em casos de urgência ou de emergência, o prazo máximo de carência que pode ser estabelecido pelo plano de saúde é de 24 horas" (e-STJ, fls. 877-878), consignou ter havido a violação de tal regra pela parte recorrente, entendendo pela ocorrência dos danos morais.

Diante do contexto fático delineado pelo acórdão estadual, constata-se que a recusa injustificada ao tratamento não decorreu de dúvida razoável na interpretação de cláusula contratual, mas sim em face de a operadora do plano de saúde ignorar o caráter emergencial do procedimento indicado ao paciente, o que revela-se abusivo, consoante a jurisprudência acima citada, sendo de rigor a manutenção da condenação da recorrente à reparação dos danos morais. Incidência, no tema, da Súmula 83 do STJ.

Ademais, o Tribunal estadual, ao reformar a sentença, reduziu o valor dos danos morais arbitrados anteriormente em R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para a quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a qual não se mostra desproporcional a ponto de merecer a superação da Súmula 7/STJ, estando o *quantum* fixado em sintonia com os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

Por fim, relativamente à tese concernente à limitação da cobertura às 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial, ante à circunstância de haver doença preexistente, constata-se que a referida temática não foi objeto de deliberação pelo Colegiado estadual, tampouco foram opostos embargos de declaração a fim de suscitar sua discussão, ressentindo-se o recurso especial, no ponto, do indispensável prequestionamento (Súmulas 282 e 356/STF).

Ante o exposto, conheço do agravo para conhecer parcialmente do recurso especial de Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos e, nessa extensão, negar-lhe provimento.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/2015, majoro os honorários

# *Superior Tribunal de Justiça*

advocatícios anteriormente fixados, solidariamente, em desfavor de Associação do Plano de Saúde da Santa Casa de Santos de 10% (dez por cento) para 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação, observada a gratuidade de justiça deferida à recorrente.

Publique-se.

Brasília (DF), 07 de novembro de 2019.

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator

