

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA _____
VARA CÍVEL DA CIRCUNSCRIÇÃO ESPECIAL JUDICIÁRIA
DE XXXXXXXX**

Fulano de tal, nacionalidade, estado civil, profissão, cédula de identidade nº XXXXX - SSP/DF e CPF nº XXXXXX (documento 01), residente e domiciliado na XXXXXX-DF, CEP: XXXXXXXX (documento 02), telefones XXXXXX, **filiaçãoxxx, email xxxxx, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, sob o** patrocínio da **DEFENSORIA PÚBLICA DO XXXXXXXXL**, por ser juridicamente necessitada, propor

**AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR
DANOS MATERIAIS E MORAIS C/C TUTELA DE URGÊNCIA**

em desfavor de **XXXXXXXXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, com sede no **XXXXXXXXXXXXXXXXX**, CEP. **XXXXXXXXXX**, **XXXXXXXX - DF**, pelas razões de fato e de direito que passa a expor.

I - DOS FATOS

1. A autora é usuária do Plano Individual Familiar XXXXXX, desde XX de XXXX de XXXX, conforme cópia da proposta de adesão em anexo (doc. 03), tendo como dependentes: seu cônjuge Fulano de tal e suas filhas Fulano de tal e Fulano de tal;
2. No dia XX/XX/XX, aproximadamente às XXH, seu cônjuge Fulano de tal, passou mal em sua residência, sendo solicitada a UTI XXX. Os médicos constataram, nos primeiros procedimentos, que o paciente estava com uma crise hipertensa seguida de paralisia do lado direito, sendo encaminhado para o Hospital de XXXXX, onde teve um atendimento ambulatorial com diagnóstico de isquemia transitória. Os médicos receitaram um medicamento chamado “Ticlid”, conforme receita em anexo (doc.04) e mandaram o paciente para casa;
3. Após chegar em casa, o paciente teve outra crise isquêmica, foi encaminhado para o Hospital XXXXXX, onde ficou internado no período XX/XX/XX a XX/XX/XX.
4. Em XX/XX/XX, o paciente foi transferido para o Hospital XXXXX, devido a apresentação ataques isquêmicos transitórios de repetição, com risco iminente de acidente vascular irreversível, com conseqüências drásticas para um paciente jovem, inclusive com risco de morte, segundo relatório médico em anexo (doc. 05);
5. Na transferência do paciente para o Hospital XXXXXXXXXXXX, a autora teve o cuidado de confirmar a cobertura do hospital na relação do livro de rede de serviços XXXX, como demonstra à cópia do mesmo anexa à presente (**docs 06**) ;
6. Para surpresa da autora, o hospital não queria atender o paciente, alegando que o plano de saúde não tinha cobertura. Entretanto, devido o caráter de urgência e à impossibilidade de transferência do paciente, a autora viu-se obrigada a emitir um cheque caução;

7. Em XX de XXXX de XXXX, a autora solicitou o reembolso ao plano de saúde XXX das despesas hospitalares e não obteve êxito, pois a Ré alegou que a autora estava em carência contratual .

8. Cabe ressaltar que, mesmo com os relatórios médicos demonstrando o risco de morte que o paciente estava passando e a negativa de doença pré- existente, conforme atestados médicos em anexo (docs. 07), a clara previsão contratual da cobertura do hospital, **a Ré recusou-se veementemente a cobrir as despesas hospitalares, sob o argumento de que não existia carência contratual do Plano XXXXXX.** Ocorre que, ao assim proceder, a Ré incorreu em ilegalidades, haja vista estar descumprindo disposições contratuais e estar invertendo a lógica da legislação específica do setor de planos de saúde e do Código de Defesa do Consumidor.

9. Cumpre ressaltar que a autora não possui condições financeiras de arcar com esses custos que, conforme notas fiscais em anexo (doc. 08), alcançam a cifra de R\$ XXXXXX (XXXXXXXXXXXX).

10. Destarte, ante a recusa da Ré em cumprir suas obrigações contratuais, não resta outra via à Autora senão buscar a tutela do Poder Judiciário a fim de que possa ver prevalecer o seu direito.

II - DO DIREITO

Prevê o Código Civil que, “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito e, por consequência, fica obrigado a repará-lo” (arts. 186 e 927).

No presente caso, patente está a **violação ao direito** da Autora. Conforme se extrai do contrato ao qual aderiu a Autora, clara está a previsão de **cobertura de despesas ambulatoriais e hospitalares , inclusive obstétricos , desde que decorrentes de doença ou acidente pessoal do contratante titular ou de seus dependentes , obedecidos os parâmetros estabelecidos pela Lei 9.656, de 1998** (cláusula 01). Ademais, a cláusula 04, § 2º, dispõe expressamente que **“os atendimentos em unidade hospitalar, em clínicas básicas e especializadas englobam: cobertura de taxas , incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato”** (doc. 09).

Por outro lado, dispõe o contrato em referência que **“estarão cobertos os atendimentos de urgência e emergência desde a admissão do paciente até a sua alta, ou os que sejam necessários à preservação da vida , de órgãos e de funções, salvo se o contratante estiver cumprindo carência ou estiver submetido à cobertura parcial temporária”**”

É de se notar que a supracitada cláusula contratual se apresenta em dissonância com a lei de regência dos planos de saúde, além de se mostrar abusiva diante das normas inseridas no Código de Defesa do Consumidor

Os §§ 2º e 3º, do artigo 12, da Lei nº. 9.656/98, assim estão redigidos:

§ 2º É obrigatória 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, caracterizado em declaração do médico assistente;

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de

acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.

Em casos análogos ao da presente ação, a jurisprudência do TJDF tem sido no sentido de reconhecer esse direito na presença de risco de vida ou danos irreparáveis não há prazos de carência . Essa é a orientação da Apelação nº 200401 1 061158-6 cuja ementa transcreve-se a seguir:

EMENTA: CDC. PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE EMERGÊNCIA NÃO ACOBERTADO PELA SEGURADORA. CLÁUSULA CONTRATUAL ABUSIVA E EM DISSONÂNCIA COM A LEI Nº. 9.656/98. NULIDADE. OBRIGAÇÃO DE REEMBOLSO DO VALOR PAGO PELO SEGURADO. RECURSO IMPROVIDO. 1. Versando a demanda sobre relação de consumo, faz-se necessária a observância das normas inseridas no Código de Defesa do Consumidor. **2. Sendo caso de tratamento de emergência em que implique risco de vida ou lesões irreparáveis ao paciente, como na presente demanda, é obrigatória a cobertura da seguradora, independentemente da observância do prazo de carência superior a três dias, consoante teor do artigo 12, §§ 2º e 3º, da Lei nº. 9.656/98.** 3. A cláusula contratual nº. 9 do contrato de plano de saúde firmado entre as partes que estabelece que o atendimento de emergência durante o período de carência somente será garantido nas primeiras doze horas, mostra-se abusiva e em dissonância com a lei de regência dos planos de saúde - Lei nº. 9.656/98, uma vez que coloca o consumidor em excessiva desvantagem perante

a fornecedora do serviço, sendo inclusive nula de pleno direito, a teor do artigo 51, *caput*, inciso IV, do CDC. Ademais, a Lei nº. 9.656/98 não estabeleceu limite de horas para utilização dos serviços médicos, razão pela qual a cláusula em comento está revestida de ilegalidade. 4. **Restando comprovado o atendimento de emergência do segurado e o montante despendido para o seu atendimento, torna-se obrigatório o reembolso das despesas pela seguradora.** 5. Recurso conhecido e improvido (Apelação cível nº 200401 1 061158-6,1ª Turma Recursal dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais, Tribunal de Justiça do DF, Relatora: Nilsoni de Freitas Custódio, Julgado em 06.07.2205)

Verifica-se, a partir daí, que a operadora deve ressarcir todas as despesas pagas pela autora, inclusive honorários médicos e todas as despesas hospitalares, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

Por outro lado, inquestionável se mostra a **culpa** da operadora Ré na não cobertura das despesas hospitalares do paciente. Conforme descrito e já devidamente comprovado, a Autora, por inúmeras vezes, dirigiu-se à operadora Ré em busca de resolução de seu problema; todavia, não obteve êxito. A Autora, demonstrou todas as despesas hospitalares com notas fiscais, além da comprovação do credenciamento do hospital XXXX no livro de redes de serviços.

Cumprido ressaltar, ademais, o **nexo causal** existente entre a não cobertura das despesas hospitalares e os danos materiais e morais sofridos pela Autora. Isso porque, uma vez que não foi disponibilizado à Autora cobertura no atendimento de urgência de seu dependente no hospital credenciado à operadora Ré, sendo que os custos das despesas hospitalares, no valor de R\$ 17.962,58 (dezessete

mil novecentos e sessenta e dois reais e cinquenta e oito centavos), tiveram de ser suportados pela Autora.

No que se refere aos danos morais sofridos pela Autora, estes são deduzidos a partir de sua situação de intensa fragilidade e dependência do plano de saúde em referência. Além disso, não pode a empresa Ré esquivar-se de corresponder à expectativa legítima do consumidor ao realizar o respectivo contrato.

Nesse sentido, prevê a autora Cláudia Lima Marques:

Efetivamente, o contrato de planos de saúde é um contrato para o futuro, mas contrato assegurado do presente, em que o consumidor deposita sua confiança na adequação e qualidade dos serviços médicos intermediados ou conveniados, deposita sua confiança na previsibilidade da cobertura real destes eventos futuros relacionados com saúde. É um contrato de consumo típico da pós-modernidade: um fazer reiterado, um fazer de longa duração, um fazer de crescente essencialidade. É um contrato oneroso e sinalagmático, de um mercado em franca expansão, onde a boa-fé deve ser a tônica das condutas. (MARQUES, Cláudia Lim0a. Contratos no Código de Defesa do Consumidor, 4ª edição, editora RT, p. 420)

Em casos semelhantes, decidiu o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios:

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO CONTRATUAL. RESPONSABILIDADE CIVIL. DANOS MATERIAL E MORAL. INDENIZAÇÃO. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito (Art. 186-CC) e, de consequência deve indenizar. Recurso parcialmente provido. (20010110723154APC, Relator JOÃO TIMÓTEO, 5ª Turma Cível, julgado em 06/06/2005, DJ 08/09/2005 p. 56 - grifos acrescentados)

PROCESSO CIVIL E CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. PRELIMINARES: LITISCONSORTE PASSIVO NECESSÁRIO E ILEGITIMIDADE PASSIVA

AD CAUSAM. PLANO DE SAÚDE. AUTORIZAÇÃO ARBITRARIAMENTE RECUSADA PARA EFETIVAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NECESSIDADE DE REEMBOLSO DAS DESPESAS EFETIVADAS PELA PARTICIPANTE DO PLANO DE SAÚDE. OCORRÊNCIA DE DANOS MORAIS. RECURSO IMPROVIDO.

1. O litisconsórcio necessário, nos termos do art. 47 do CPC, ocorre quando, por disposição de lei ou pela natureza da relação jurídica, o juiz tiver de decidir a lide de modo uniforme para todas as partes, o que não se enquadra na situação fática versada nos autos, uma vez que a ANS detém função eminentemente fiscalizatória sobre as entidades que exploram planos e seguros privados de assistência à saúde, sem, contudo, ter qualquer liame obrigacional com a paciente; nem muito menos o HUB que pode, em virtude de uma política louvável de manutenção e reestruturação de nossos carentes hospitais públicos, exigir uma contraprestação pelos serviços prestados, em especial, se o mesmo destinar alas específicas para tais fins.

2. Apesar da ausência de cláusula contratual específica sobre a possibilidade de reembolso das despesas efetivadas com hospitais e médicos não credenciados, não se pode exigir um comportamento que fuja dos parâmetros da razoabilidade, sacrificando a consumidora, que, apesar de cumprir religiosamente com as suas obrigações, se vê coarctada de efetivar procedimento cirúrgico indicado por profissional médico, em virtude da não autorização da administradora do plano de saúde. Diante desse contexto, afigura-se escorreita a indicação da administradora do plano de saúde no pólo passivo da demanda.

3. A reparação do dano moral deve ser impositiva, toda vez que a prática de qualquer ato ilícito viole a esfera íntima da pessoa, causando-lhe humilhações, vexames, constrangimentos, dores etc. Doutrina e Precedente do STJ.

4. Recurso conhecido e improvido. (20020111007260ACJ, Relator NILSONI DE FREITAS CUSTODIO, Primeira Turma Recursal dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do D.F., julgado em 14/09/2004, DJ 13/12/2004 p. 35 - grifos acrescentados)

DA TUTELA DE URGÊNCIA

Nos termos do artigo 300 do CPC, deve ser concedida a tutela de urgência, eis que presentes todos os requisitos legais, senão vejamos.

A probabilidade do direito se apresenta pelo laudo médico que demonstra a urgência no caso da autora, bem como pelo fato de o plano negar a cobertura.

Já o perigo da demora decorre do perigo de morte decorrente da falta de tratamento.

IV - DO PEDIDO

Ante o exposto, requer:

a) os benefícios da justiça gratuita, por ser juridicamente hipossuficiente, conforme declaração anexa;

b) a inversão do ônus da prova, nos termos do art. 6º, inciso VIII, do CDC,

c) a concessão da tutela de urgência para obrigar o requerido a autorizar o tratamento xxxxx, conforme previsto no relatório médico anexo, sob pena de multa diária a ser fixada por esse juízo;

c) a citação da Ré, na pessoa de seu representante, para, se quiser, comparecer à audiência de conciliação, na qual o autor concorda em participar, e apresentar defesa, sob pena de revelia;

d) a procedência do pedido, confirmando a tutela de urgência, de maneira a obrigar a Ré a autorizar o tratamento xxxxx, conforme previsto no relatório médico anexo, ou, sucessivamente a cobrir as despesas hospitalares, pagando toda a dívida ao Hospital XXXXX, que pelas últimas informações recebidas somava o valor de R\$ XXXXXXXX

(XXXXXXXXXXXX), sob pena de multa diária de R\$ XXXXXXXX (XXXXXXXXXXXX);

e) a indenização por danos morais no valor de R\$ XXXXXXXX (XXXXXX);

f) a condenação da Ré nas custas processuais e honorários advocatícios, a serem revertidos em favor do PRODEF, conta esta instituída pelo art. 5º, II, Lei nº 2131 de 12/11/1998 a serem recolhidos junto ao Banco XXX.

Requer, por fim, provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos.

Dá-se à causa o valor de R\$ XXXXX (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX),

Nestes termos, pede deferimento.

XXXXXXXX, XX de XXXXXXX de XXXX.

FULANO DE TAL
AUTORA

DEFENSOR PÚBLICO

ROL DE TESTEMUNHAS:

**FULANO DE TAL, NACIONALDADE , ESTADO CIVIL, PROFISSÃO ,
RESIDENTE E DOMICILIADA NA XXXXXXXX , FONE XXXXXXXXXX,
XXXXXXXX -DF, CEP XXXXXXX;**

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE RENDA

Fulano de tal, nacionalidade, estado civil, profissão, cédula de identidade nº XXXXXXXX – SSP/DF e CPF nº XXXXXXXX (documento 01), residente e domiciliado na XXXXXXXXX, DF, CEP: XXXXXXXX (documento 02), telefones XXXXXXXX, declara, com a finalidade de obter a gratuidade da justiça (Lei nº 1.060/50), que não possui condições econômicas e financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio ou da família, estando ciente de que, se falsa for esta declaração, incorrerá nas penas do crime do art. 299 do Código Penal (falsidade ideológica), além do pagamento de até 10 (dez) vezes os valores das custas judiciais sonegadas (§ 1º, do art. 4º da Lei 1.060/50).

Declara, ainda, estar ciente de que, ocorrendo mudança de endereço, esta tem que ser imediatamente comunicada ao juízo.

Outrossim, compromete-se a comparecer quinzenalmente ao fórum e/ou à Defensoria Pública para acompanhar ou dar andamento ao processo, ficando ciente de que, nos termos do inc. III, do art. 267, do Código de Processo Civil, o processo poderá ser extinto sem julgamento de mérito quando o autor deixar de promover os atos e diligências que lhe competir.

XXXXXXX, XX de XXXXX de XXXX

FULANO DE TAL
AUTORA

DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

Afirmo que orientei o Requerente sobre o teor desta Declaração, sobre quem pode ser beneficiado pela assistência jurídica gratuita e sobre quais as possíveis consequências de falsa declaração.

XXXXXXX, XX de XXXXX de XXXX