

**EX.^{MO} (A) SENHOR (A) JUIZ(A) DE DIREITO DA XX VARA CÍVEL
DA CIRCUNSCRIÇÃO JUDICIÁRIA DE XXXXX/DF.**

PROCESSO N.º XXXXXXXXXXXXX

FULANO DE TAL, já qualificada no processo em epígrafe, por intermédio da **DEFENSORIA PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS**, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar réplica à contestação de ID XXXXXXXXXX, pelas razões de fato e de direito a seguir aduzidas.

I. PRELIMINAR

I.I.DA APLICAÇÃO DO CDC

Inicialmente, cumpre consignar que em sede de contestação a ré sustenta a inaplicabilidade do Código Defesa do Consumidor (CDC) em razão da sua natureza jurídica de autogestão.

Contudo, tal argumento não merece prosperar, tendo em vista que o autor e a ré se enquadram nos conceitos, respectivamente, de consumidor e fornecedor previstos nos

art. 2º e 3º, da Lei 8078/90, o que configura a existência de relação de consumo entre eles.

Ademais, o fato de a ré ser entidade de autogestão não tem o condão de retirar o caráter da relação consumerista.

Nesse sentido, seguem arrestos do Tribunal de Justiça do XXXXXX e dos Territórios (TJDFT):

APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. GEAP. ENTIDADE DE AUTOGESTÃO EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. CANCELAMENTO INDEVIDO. DETERMINAÇÃO DE RESTABELECIMENTO DO CONTRATO. FALTA DE ASSISTÊNCIA NO MOMENTO EM QUE O CONSUMIDOR NECESSITOU DE TRATAMENTO DE URGÊNCIA, COM RISCO DE PIORA GRAVE EM SEU ESTADO DE SAÚDE. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO FIXADO EM OBSERVÂNCIA AOS PRINCÍPIOS DA PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDADE. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.

1. DA APLICAÇÃO DO CDC: considera-se como consumerista a relação jurídica existente entre os planos de saúde e seus integrantes, a despeito de operar na modalidade de autogestão. Dessa feita, a relação em exame é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, em razão da obrigação estabelecida entre as partes (cobertura médico-hospitalar), mesmo que a entidade ré funcione pelo sistema de autogestão e não tenha fins lucrativos.

2. O Código de Defesa do Consumidor deve ser aplicado ao caso, uma vez que o fato de a GEAP

ser entidade de autogestão multipatrocinada não retira o caráter de relação de consumo, diante da assistência à saúde que é a finalidade da instituição. Portanto, não obstante a vigência da Lei nº 9.656/98, que regula os planos e seguros privados de assistência à saúde, o contrato de seguro de saúde deve ser regido pelos preceitos do CDC.

(Acórdão N. : 1025243, APC 20151110021185, Relator : Desembargador ROBSON BARBOSA DE AZEVEDO, 5ª TURMA CÍVEL, Data do Julgamento:14/06/2017)

PROCESSO CIVIL. CIVIL E CONSUMIDOR. SEGURO DE SAÚDE. PLANO DE AUTOGESTÃO. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. DEPENDENTE. MAIORIDADE. 24 (VINTE E QUATRO) ANOS. TRATAMENTO EMERGENCIAL. CONTINUIDADE. VEDAÇÃO DE INTERRUPÇÃO. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. CLÁUSULAS ABUSIVAS. INTERPRETAÇÃO FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR.

1. Aplicam-se aos contratos de seguro de saúde as disposições do Código de Defesa do Consumidor - Lei n.8.078/90, tratandose, inclusive, de entendimento consolidado pela Segunda Seção do colendo Superior Tribunal de Justiça no verbete sumular 469.

2. O fato de a entidade ser operadora de plano de saúde na modalidade de

autogestão, sem finalidade lucrativa, destinada a prestar o auxílio e a assistência exclusivamente aos funcionários, dependentes e ex-funcionários de determinada Autarquia Federal, não é suficiente para afastar a incidência da legislação consumerista.

3. Conquanto seja próprio dos contratos de seguro ou planos de saúde o risco, tal instituto não sobressai à boa-fé dos beneficiários. Cuida-se de contrato de adesão, no qual não é possibilitado aos futuros beneficiários imiscuírem-se na discussão das cláusulas, fazendo uso, tão-somente, de sua boa-fé.

4. As cláusulas contidas nos contratos firmados devem guardar uma relação de proporcionalidade entre as partes, de sorte que restarão nulas as condições que levem o segurado à situação exageradamente desvantajosa em relação à seguradora, conforme inteligência do art.51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor.

5. Revela-se abusiva a imediata exclusão de beneficiário do plano de saúde que se encontre em tratamento emergencial de alto risco, sob a alegação de haver-se implementado o critério de exclusão pela idade de 24 (vinte e quatro) anos, sob pena de evidente ofensa ao princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, devendo a cláusula excludente ser avaliada de forma temporada, compatibilizando-se com os direitos fundamentais preconizados nos artigos 5º e 6º da Constituição Federal, que garantem a inviolabilidade do direito à vida e estabelece a saúde como direito fundamental-social.

6. Deu-se provimento à apelação.
Honorários recursais arbitrados.

(Acórdão N. : 1080839, APC
20160410094033, Relator :
Desembargador FLAVIO ROSTIROLA, 3ª
TURMA CÍVEL Data do
Julgamento:28/02/2018) grifou-se

Logo, a causa indubitavelmente dever ser analisada sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor, aplicando inclusive a inversão do ônus da prova, previsto no art. 6º, inciso VIII, do CDC, conforme os fundamentos apresentados na exordial.

II. MÉRITO

II.I. DO CUMPRIMENTO DA CARÊNCIA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

O requerido alega que em razão da autora ter retornado para o plano em XX/XX/XXXXX deveria cumprir um novo período de carência e só teria direito a todas as coberturas oferecidas pelo plano de saúde após o cumprimento dessa carência que terminaria em XX/XX/XXXX.

No entanto, como informado e provado na exordial, tratava-se de uma situação de urgência, de modo que, por força do art. 35-C, I, da lei 9656/98, que dispõe sobre planos de assistência à saúde, é obrigatória a cobertura do atendimento.

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, caracterizado em declaração do médico assistente.

Ainda de acordo com a mesma lei, conforme art. 12, inciso V, letra “C”, o único prazo de carência que poderia ter sido exigido era o de 24 horas e que no presente caso foi cumprido, uma vez que o pedido de internação aconteceu em XX/XX/XXXX, quase XX meses depois do reingresso da autora no plano.

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

V - quando fixar períodos de carência:

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

A própria ré reconhece a necessidade de cumprimento apenas do prazo de XX horas nos casos de urgência e emergência, tanto é que em sede de contestação, cita, à fl. 5 ID XXXXXX, o regulamento da própria ré que possui a mesma previsão da lei 9.656/98.

Nesse mesmo sentido entende o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. *In verbis*:

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. CARÊNCIA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA. INTERNAÇÃO. RECUSA. ILEGALIDADE.

1. Embora as operadoras de plano de saúde tenham a faculdade de estabelecer contratualmente prazo de carência para a vigência das coberturas contratadas (art. 12, V da Lei nº 9.656/98), esse prazo só pode ser

observado nos casos de despesas médicas eletivas, que não reflitam atendimento por situação de urgência ou emergência.

2. Nos casos de situação de urgência ou emergência, a cobertura e o tratamento devem ser garantidos de forma imediata, cumprindo-se apenas o prazo reduzido de carência de 24h, conforme determina o art. 35-C da Lei nº 9.656/1998. Logo, é ilegítima a negativa da operadora de plano de saúde em autorizar a internação solicitada pelo médico assistente.

3. Recurso conhecido e não provido.

(Acórdão Nº 1201817, 8ª Turma Cível
Processo N. APELAÇÃO CÍVEL 0000661-
53.2018.8.07.0009 Relator
Desembargador DIAULAS COSTA
RIBEIRO, data do
julgamento:18/09/2019) grifos nossos

Nesses termos, fica claro que no presente caso, foi cumprida a carência de 24 horas exigida pela lei 9659/98 e pelo regulamento da ré, razão pela qual é obrigatória a cobertura do plano de saúde.

II.II DA ABUSIVIDADE DA CLÁUSULA QUE LIMITA O TEMPO DE INTERNAÇÃO

O réu ainda impugna o pedido da inicial sob a alegação de que, nos casos de urgência e emergência, é garantido atendimento apenas nas primeiras 12 horas.

Contudo, a súmula 302 do STJ é bem clara ao dispor que a cláusula contratual que limita o tempo de internação hospitalar é abusiva.

Além do mais, a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Território está em consonância com o disposto na referida súmula. Vejamos:

OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. PARTO. CARÊNCIA. 300 DIAS. LICITUDE. CESARIANA. URGÊNCIA. COMPROVAÇÃO. RECUSA DE CUSTEIO. ILEGALIDADE. LIMITAÇÃO. 12 HORAS DE ATENDIMENTO. RESOLUÇÃO CONSU Nº 13 DE 3/11/1998. INAPLICABILIDADE. ALTERAÇÃO LEGISLATIVA POSTERIOR. SÚMULA Nº 302/STJ. INCIDÊNCIA. DANOS MORAIS. ATO ILÍCITO. INEXISTÊNCIA.

1. É lícita a cláusula contratual que prevê o prazo de 300 dias de carência para parto a termo, nos termos do art. 12, V, alínea "a" da Lei nº 9.656/98.

2. A cobertura de atendimento de urgência, por complicações no parto, é obrigatória, depois de transcorridas 24 horas da contratação (arts. 12 e 35-C da Lei nº 9.656/1998).

3. Caracterizada situação de urgência, é ilegítima a negativa do plano de saúde em custear o parto de urgência (cesariana) solicitado durante o período de carência previsto no contrato.

4. A limitação da cobertura de urgência/emergência as primeiras 12 horas de atendimento, prevista na Resolução CONSU nº 13 de 3/11/1998, é contrária à súmula nº 302/STJ: É abusiva a cláusula

**contratual de plano de saúde
que limita no tempo a internação ho
spitalar do segurado.?.**

5. O art. 35-C da Lei nº 9.656/1998 foi alterado pela Lei nº 11.935/2009, posterior à Resolução CONSU nº 13 de 3/11/1998. O texto da lei não trouxe qualquer distinção ou limitação para a cobertura de urgência/emergência, razão pela qual o comando legislativo mais recente deve ser aplicado sem a invocada restrição.

6. O descumprimento contratual, por si só, não gera dano moral. É necessária a demonstração, por meio de provas idôneas, da violação dos direitos da personalidade.

7. Recurso conhecido e parcialmente provido.

(5ª Turma Cível Processo N. APELAÇÃO CÍVEL 0700560-56.2019.8.07.0003, Relator Desembargador ANGELO PASSARELI Acórdão Nº 1184217, Data do Julgamento: 10/07/2019)

Importante consignar que o entendimento sobre a abusividade da cláusula que limita o tempo de internação estende-se até aos casos em que é reconhecida a inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor. *In verbis*:

CDC. PLANO DE SAÚDE. PRAZO DE CARÊNCIA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. SUPRESSÃO AUTORIZADA. COBERTURA MÁXIMA DE DOZE HORAS. ABUSIVIDADE RECONHECIDA. OBRIGATORIEDADE DE COBERTURA. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA.

1. Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde administrados por entidades de autogestão (Súmula 908 – STJ).

2. Ainda que não se aplique a legislação consumerista na análise dos contratos de plano de saúde administrados por entidades de autogestão, deve-se observar os princípios da boa-fé objetiva, da função social do contrato e da dignidade humana que regem as relações contratuais em geral.

3. A realização de procedimento médico recomendado por profissional especializado, em situação de urgência ou emergência, dispensa o cumprimento de eventual prazo de carência, desde que transcorridas as 24 (vinte e quatro) horas da efetiva contratação do plano de saúde.

4. É abusiva a limitação de atendimento urgente ou emergencial por doze horas, ainda que fundamentada nos arts. 2º e 3º da Resolução CONSU 13, por não priorizar a eficácia dos procedimentos médicos adotados.

5. O inadimplemento contratual passível de ser indenizado por danos morais é aquele capaz de acarretar aflição psicológica no segurado, exorbitando o campo da normalidade e do mero aborrecimento cotidiano.

6. Recurso parcialmente provido.

(5ª Turma Cível Processo N. APELAÇÃO
CÍVEL 0704506-24.2019.8.07.0007
Desembargador JOSAPHÁ FRANCISCO

DOS SANTOS Acórdão Nº 1206637, data de julgamento:09/10/2019)grifos nosso

Diante disso, é responsabilidade da ré custear todo o período de internação em unidade de terapia intensiva emergencial da autora, sem qualquer limitação de tempo, bem como todos os demais tratamentos indispensáveis ao restabelecimento da saúde dela.

III. DOS PEDIDOS

Por todo exposto, reitera todos os pedidos contidos na exordial e pugna pela sua procedência.

Nesses termos,

Pede deferimento.

XXXXXXX, XX/XX/XXXXXX.