

Requerente: **MARIA DIVINA DO CARMO.**

Requerido: **CAIXA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOS EX-EMPREGADOS DO BANCO DO ESTADO DE MATO GROSSO S/A – SAM-BEMAT.**

**VISTOS em correição,**

Trata-se de AÇÃO ORDINÁRIA COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA que **MARIA DIVINA DO CARMO** move em desfavor da **CAIXA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOS EX-EMPREGADOS DO BANCO DO ESTADO DE MATO GROSSO S/A – SAM-BEMAT**, alegando em síntese, que ela juntamente com seu marido **Gercílio Patrício do Carmo**, são beneficiários da Caixa de Assistência a Saúde — SAM BEMAT, dos serviços prestados pela sua rede credenciada de profissionais e estabelecimentos contratados.

Alega ainda que em 04.04.2008, o seu marido, Sr. Gercílio, sofreu um AVC - Acidente Vascular Cerebral, sendo conduzido imediatamente ao Hospital São Mateus, nesta Capital. Internado na UTI — Unidade de Terapia Intensiva passaram a ser realizados os exames de rotina e o tratamento adequado, de acordo com seu quadro clínico.

Apesar do tratamento recebido, seu marido veio a falecer em 08.04.2008, 04 (quatro) dias após a internação, em decorrência de choque cardiogenio, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e hipertensão arterial sistêmica.

Alegou também que após o falecimento do seu marido, a parte Requerida se recusou a custear todas as despesas junto ao hospital, por motivo que o plano de saúde contratado ainda se encontrava no prazo de carência.

Ao final, pede a procedência do pedido, no sentido de que a Requerida venha custear os valores cobrados pelo Hospital, bem como a condenação as custas e honorários advocatícios.

Com a exordial vieram os documentos de fls. 20/45, além do instrumento procuratório de fls. 19.

Restou-se indeferida a tutela antecipada (fls. 46).

Citada, a parte requerida na sua peça contestatória de fls. 50/57, alegou em síntese que o marido da requerente encontrava-se com o seu plano em carência, conforme normas determinadas pela ANS, assim, não há em se falar de qualquer ilegalidade da sua parte e pede ao final a improcedência da presente demanda.

Com a peça defensiva vieram o instrumento procuratório de fls. 58, além dos documentos de fls. 59/125.

Restou-se impugnada a contestação às fls. 127/132, após as partes foram intimadas a especificarem as provas que pretendiam produzir, sendo que a parte autora solicitou a audiência de instrução e julgamento e a parte ré o julgamento antecipado da lide.

Após, a requerente desistiu do depoimento pessoal do representante da ré e das testemunhas, e requereu também o julgamento antecipado da lide. Após, vieram-me os autos conclusos para sentença.

É o relato necessário.

DECIDO.

A batalha jurídica travada nestes os autos gira em torno da obrigação da Requerida, **CAIXA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOS EX-EMPREGADOS DO BANCO DO ESTADO DE MATO GROSSO S/A – SAM-BEMAT** recusou-se a custear o tratamento do marido da Requerente, **MARIA DIVINA DO CARMO**, sob a alegação de que o plano do mesmo encontrava-se no período de carência.

Em se tratando de questão unicamente de direito ou sendo de direito e de fato, não houver necessidade de produção de provas em juízo, consoante os princípios da economia e celeridade processual, impõe-se o julgamento antecipado da lide, nos termos do art. 330, I, do Código de Processo Civil Brasileiro.

O Magistrado ao decidir, deve apreciar as provas, subministradas pelo que ordinariamente acontece nos termos do art. 335 do Código de Processo Civil Brasileiro.

A jurisprudência é neste sentido:

**“O Juiz não pode desprezar as regras de experiência comum ao proferir a sentença. Vale dizer, o juiz deve valorizar e apreciar as provas dos autos, mas ao fazê-lo pode e deve servir-se da sua experiência e do que comumente acontece”.** (JTA 121/391 – *apud*, Código de Processo Civil Theotônio Negrão, notas ao artigo 335).

O Superior Tribunal de Justiça assevera ainda que: **“É entendimento assente de nossa jurisprudência que o órgão judicial, para expressar a sua convicção, não precisa aduzir comentários sobre todos os argumentos levantados pelas partes. Sua fundamentação pode ser sucinta, pronunciando-se acerca do motivo que, por si só, achou suficiente para a composição do litígio”.** (STJ - 1ª Turma - AI 169.079- SP- Ag.Rg, - Rel. Min. José Delgado - DJU 17.8.1998). (grifei e negritei).

Da análise dos autos, constata-se que o Contrato firmado entre as partes, é do tipo “contrato de adesão”. **Não houve, como de regra não há, neste tipo de negócio jurídico, qualquer relação que permitisse a manifestação da vontade da parte consumidora, posto que suas cláusulas já se encontram previamente fixadas.** Destarte, forçosamente conclui-se que este tipo de contrato contém realmente texto com condições (cláusulas) abusivas que desequilibram o negócio jurídico efetivado entre as partes negociantes. Assim:

**Contrato de Adesão é “(...) aquele cujas cláusulas tenham sido estabelecidas pelo fornecedor, sem que o consumidor tenha influído em seu conteúdo (...). A característica mais marcante do contrato de adesão, é que nele, inexistente o “iter” negocial, a fase de tratativas preliminares, que nas demais modalidades de contrato, tem como objetivo estabelecer as vantagens e desvantagens, em condições de igualdade, a serem traduzidas nas cláusulas contratuais; ao revés, aqui, há sempre fórmulas rígidas, previamente elaboradas, de forma unilateral pelo**

**fornecedor (...)**". (Arruda Alvin e outros, in "Código do Consumidor Comentado", p. 123).

Esse desequilíbrio provoca lesões patrimoniais de grande monta aos consumidores, mormente nos contratos denominados de adesão, e tal violação encontra resposta no Código de Defesa do Consumidor, como elemento regulador das relações de consumo.

Nesse sentido é a orientação jurisprudencial:

**"Desse modo, sempre que se deparar com cláusulas abusivas, estabelecidas de prestações desproporcionais, que quebram o desequilíbrio do contrato pela vantagem moderada em favor de uma das partes, pode o juiz intervir na autonomia da vontade manifestada no contrato (...)".** Ora, os títulos exequendos, à vista do que define o art. 54 do Código de Defesa do Consumidor, são, indubitavelmente, "contratos de adesão". E a capitalização mensal dos juros, aos níveis pactuados, deve ser tomada como cláusula abusiva, porque estabelecida de obrigações que colocam os embargantes em desvantagens exageradas (CDC, art. 51, IV). (Rec. Ap. Cível nº 1.997/21.187 – Rondonópolis – MT). (negritei)

**APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – PLANO DE SAÚDE OFERECIDO EM CONTRATO DE ADESÃO POR ENTIDADE DE AUTOGESTÃO – APLICABILIDADE DAS NORMAS DO DIREITO DO CONSUMIDOR – LIMITAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DA ENTIDADE PELA LEGISLAÇÃO DA SAÚDE – INEXISTÊNCIA – PROCEDIMENTOS ESPECIAIS, PREVISTOS NO CONTRATO, QUE ALCANÇAM O ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO – PROVIMENTO NEGADO – Aplicam-se as regras do direito consumerista aos planos de saúde oferecidos em contrato de adesão por entidade de autogestão. A legislação de saúde, ao estabelecer requisitos mínimos para os planos e seguros de saúde, tem por escopo proteger o participante, não restringindo o alcance de estipulações contratuais que ampliem a cobertura.** A entidade de autogestão deve proporcionar ao participante o atendimento em domicílio destinado a ministrar nutrição enteral à paciente que dela necessita. (TJMS – AC 2004.002107-0/0000-00 – Campo Grande – 1ª T.Cív. – Rel. Des. Josué de Oliveira – J. 20.04.2004). (grifei e negritei)

**AGRAVO DE INSTRUMENTO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C TUTELA ANTECIPADA – OBESIDADE MÓRBIDA – NEGATIVA DO PLANO DE SAÚDE EM COBRIR MATERIAL INDISPENSÁVEL PARA CIRURGIA – CONCESSÃO DE TUTELA ANTECIPADA – ALEGAÇÃO DE EXCLUSÃO DE COBERTURA DO MATERIAL POR SER ÓRTESE – NÃO COMPROVADO – RELATIVIZAÇÃO DO PACTA SUNT SERVANDA – INEXIGIBILIDADE DE CAUÇÃO – DECISÃO MANTIDA – NEGADO PROVIMENTO – Em casos de obesidade mórbida, moléstia grave, havendo a cobertura da cirurgia de septação gástrica, é imperiosa a cobertura do material utilizado, por ser**

imprescindível à realização da cirurgia, além do que a finalidade do contrato firmado entre as partes é a proteção à saúde. Artigos médicos retirados da internet não são aptos a fazer prova de que o material essencial à cirurgia redutora de estômago é órtese, estando excluído da cobertura. Em contratos de adesão a planos de saúde, relação nitidamente consumerista, é mitigada a aplicação do princípio do pacta sunt servanda, mormente por estar em jogo a vida das pessoas. A exigência de prestação de caução idônea para que haja a concessão da antecipação da tutela é uma faculdade oferecida ao juiz com base na análise do caso concreto. (TJMS – AG 2003.007850-9/0000-00 – Campo Grande – 2ª T.Cív. – Relª Desª Tânia Garcia de Freitas Borges – J. 10.02.2004). (grifei e negritei)

Ocorre que em se tratando de contrato de adesão, cujas cláusulas são aprovadas ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor, sem que o consumidor tenha tido oportunidade de discutir o seu conteúdo, as cláusulas limitativas ao direito deste devem vir com destaque, de modo que o aderente as identifique imediatamente, mesmo porque a Lei nº. 9.656/98, que regula os planos de saúde e seguros de assistência à saúde, estabelece que nos referidos contratos deve constar em separado uma declaração do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano que lhe está sendo oferecido, inclusive no que se refere à redução das coberturas, portanto as interpretações das cláusulas devem ser sempre de forma favorável ao segurado, que é a parte hipossuficiente da relação contratual, mesmo porque a parte economicamente mais forte não pode obrigar o aderente a admitir disposições prejudiciais a sua saúde e ao bem maior, que é a vida, tendo em vista sua necessidade financeira.

Nesse sentido é a orientação jurisprudencial:

**AGRAVO DE INSTRUMENTO – PLANO DE SAÚDE – TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA – NEGATIVA DA EMPRESA SECURITÁRIA SOB A ALEGAÇÃO DE TRATAR-SE DE TIPO DE TRANSPLANTE NÃO COBERTO PELO PLANO DE SAÚDE –CLÁUSULA ABUSIVA – APLICAÇÃO DA LEI CONSUMERISTA (ART. 51) – CONTRATO DE ADESÃO – NECESSIDADE DE CONHECIMENTO PRÉVIO ACERCA DO CONTEÚDO DO CONTRATO – EXIGÊNCIA DA LEI Nº. 9.656/98 – PREVALÊNCIA DO PRINCÍPIO DA BOA-FÉ SOBRE O DO PACTA SUNT SERVANDA – RECURSO IMPROVIDO – 1. Em se tratando de contrato de adesão, cujas cláusulas são aprovadas ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor, sem que o consumidor tenha tido oportunidade de discutir o seu conteúdo, as cláusulas limitativas ao direito deste devem vir com destaque, de modo que o aderente as identifique imediatamente. 2. A Lei nº 9656/98, que regula os planos de saúde e seguros de assistência à saúde, estabelece que nos referidos contratos deve constar em separado uma declaração do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano que lhe está sendo oferecido, inclusive no que se refere à redução das coberturas. 3. A declaração acostada**

aos autos se encontra impressa na proposta de admissão, porém não atende as exigências da Lei nº 9.656/98, uma vez que subtrai o direito do proponente de, realmente, tomar conhecimento do conteúdo do contrato. **4. Tratando-se de contrato de consumo (fornecimento de serviços), deve prevalecer o princípio da boa-fé e não o do pacta sunt servanda, porquanto a parte economicamente mais forte não pode obrigar o aderente a admitir disposições prejudiciais a sua saúde e ao bem maior, que é a vida, tendo em vista sua necessidade financeira.** As cláusulas que restringem a prestação de serviços são denominadas abusivas, a teor do art. 51 da Lei Consumerista. **5. Na hipótese dos autos, a parte Agravada necessita urgentemente de Transplante de Medula Óssea Autólogo para Doença de Hodgkin, devendo ser submetida a tratamento médico custeado pela empresa securitária, sem quaisquer exclusões ou limitações, pois não sendo tratada a tempo, implicará em risco de vida iminente.** (TJPE – AI 85902-3 – Rel. Des. Augusto Paura Peres – DJPE 01.11.2003). (grifei e negritei)

Não se aplica na presente ação o princípio do ***Pacta Sunt Servanda***, e sim as **normas do Código de Defesa do Consumidor**, que é norma de ordem pública e prevalece, sobre qualquer outra norma. Antes de tudo, é preciso deixar bem claro que o Código de Defesa do Consumidor se aplica aos planos de saúde. **É claro que nessa área aplicam regras do Ministério da Saúde, mas estas não podem prevalecer sobre uma lei que é de ordem pública e de interesse social, como se vê do art. 1º do C.D.C.**

**As normas de ordem pública tutelam interesses maiores**, que prevalecem sobre os interesses individuais das partes e não podem por estas serem afastadas. **Em muitos casos visam a proteger a parte mais fraca na relação contratual, como é o caso do consumidor.** O Direito do Trabalho, mais conhecido do que o Direito do Consumidor é rico em normas de ordem pública, como as que estabelecem direitos aos empregados a férias, horas extras, 13º salário, insalubridade, periculosidade, etc. Qual empregador pagaria isso, se não por força de uma lei absolutamente obrigatória, ou seja, de ordem pública? Nem mesmo se um empregado assinar um contrato dizendo que abre mão de seu descanso semanal remunerado isso terá valor jurídico. **É por isso que qualquer cláusula contratual que retira direitos ainda mais direitos básicos é nula de pleno direito (art. 51 do CDC).**

O art. 3º do C.D.C., diz que fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos **ou prestação de serviços**. Não bastasse essa redação clara, o parágrafo segundo diz que serviço é qualquer atividade fornecida ao mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes de caráter trabalhista. **Alguém duvida que o C.D.C. se aplica aos Planos de Saúde?**

Portanto, **assiste razão a Requerente da presente ação, pois os planos de saúde estão amplamente sujeitos aos princípios e normas do Código de Defesa do Consumidor, devendo suas cláusulas contratuais ser interpretadas de maneira mais favorável ao usuário (art. 47),**

tendo-se por abusivas e nulas as que o coloquem em desvantagem exagerada (art. 51, inc. IV, § 1º, inc. II), assim entendidas as que pretendam limitar, ainda que de modo genérico e não-explicito, a cobertura a tratamento de doença grave, que possa colocar em risco iminente a vida do paciente, o que no presente fato veio a ocorrer a morte do referido paciente, esposo da requerente.

A cláusula 5ª (quinta) da Resolução nº. 10 do CONSU reza que: **“O plano hospitalar, compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei nº. 9.656/98, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso II deste artigo e os atendimentos caracterizados como de urgências e emergência, conforme Resolução específica do CONSU sobre urgência e emergência, observadas as seguintes exigências: I – (...); II – cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar.** (destaquei e negritei).

O referido contrato nos mostra que o tratamento de urgência é um procedimento previsto expressamente para os planos da modalidade hospitalar, pois tal dispositivo faz uma referência genérica e abrangente ao mencionar a forma autônoma da palavra “urgência”.

Demonstrou-se, portanto, que existe uma controvérsia de interpretação do contrato firmado entre as partes. Assevera a Requerente que o tratamento do seu marido era de extrema gravidade, e seu tratamento necessitava ser realizada em caráter de urgência, aliás, **fato este não impugnado pela parte Requerida, e posteriormente veio a ocasionar o óbito do marido da autora.**

O art. 35, alínea “c”, da Lei nº. 9.656/98, estabelece que:

**"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, caracterizada em declaração do médico assistente; e**

**II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.”** (grifei e negritei).

Logo, não se pode ignorar que a situação em tela era de risco, enquadrando-se, pois, como caso de urgência/emergência, à luz do art. 12, inciso V, alínea “c”, da Lei nº. 9.656/98, com a redação dada pela Medida Provisória nº. 2.177-44, de 24.08.2001, *in verbis*:

**“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;

Portanto, o presente caso se enquadra perfeitamente nas hipóteses de exclusão do prazo de carência determinado no contrato firmado entre as partes, **pois se trata de emergência/urgência, sendo nula a cláusula que versa no sentido contrário.**

Nessa perspectiva, impõe-se o reconhecimento da nulidade da cláusula de carência do contrato firmado entre as partes, eis que abusiva em detrimento da parte Requerente.

Diante disso, a recusa da ré na cobertura do tratamento da Requerente, não se mostrou justificada, tendo em vista a observação prevista na Lei nº. 9.656/98, no sentido de que o prazo máximo de carência não pode ultrapassar 24 horas, em casos de urgência e emergência.

Nesse contexto, então, perde relevância a Resolução nº. 13, editada pelo Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, uma vez que por ser hierarquicamente inferior à Lei nº. 9.656/98, não pode se contrapor à norma superior, nem estabelecer restrições à mesma, quando não há autorização legal para tanto. Quanto mais, diante do princípio da legalidade, insculpido no artigo 5º, inciso II, da Constituição Federal.

Sobre o assunto:

**PLANO DE SAÚDE – PRINCÍPIO DO PACTA SUNT SERVANDA – RECUSA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME – ALEGAÇÃO DE CARÊNCIA – NECESSIDADE DA REALIZAÇÃO DO EXAME COMPROVADA – SENTENÇA MANTIDA – RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.** RECURSO CÍVEL – Classe “I” – nº. 596/2006; 1º JUÍZADO ESPECIAL CÍVEL DO CENTRO DA COMARCA DE CUIABÁ; RECORRENTE(S): UNIMED CUIABÁ – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO; RECORRIDO(S): ITAMAR PERENHA; RELATOR: DR. MÁRIO ROBERTO KONO DE OLIVEIRA. (grifei e negritei).

**PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NÃO AUTORIZADO PELA CASSI. ALEGAÇÃO DE NÃO TER ESGOTADO O PRAZO DE CARÊNCIA. 1 - A DOUTRINA E A JURISPRUDÊNCIA MAIS MODERNAS JÁ FIRMARAM ENTENDIMENTO SOBRE A INCIDÊNCIA DAS NORMAS PREVISTAS NA LEI N. 8.078/90 AOS CONTRATOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA CELEBRADOS POR ÓRGÃOS PÚBLICOS OU PARTICULARES EM FAVOR DE SEUS SERVIDORES OU EMPREGADOS. 2 - DESSA FORMA, O PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE OFERECIDO PELA CASSI AOS SEUS ASSOCIADOS REGE-SE PELAS REGRAS CONSUMERISTAS. 3 - NA ESTEIRA DO ART. 12, INCISO V, ALÍNEA "C" DA LEI N. 9.656/98 O PRAZO DE CARÊNCIA PARA OS CASOS DE EMERGÊNCIA E DE URGÊNCIA É DE 24 (VINTE E QUATRO) HORAS, NÃO HAVENDO LIMITE TEMPORAL PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL. 4 - ERIGIDA A PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR A COMANDO**

**CONSTITUCIONAL (ART. 5º, CAPUT, INCISO XXXII DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DE 1.988) E CONSIDERANDO QUE UMA LEI SOMENTE PODE SER REVOGADO POR OUTRA LEI (ART. 2º, CAPUT E PARÁGRAFOS DA LEI DE INTRODUÇÃO AO CÓDIGO CIVIL DE 1.916), CONCLUI-SE QUE É INCONSTITUCIONAL A RESOLUÇÃO N. 13 DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU) E POR CONSEQUENTE NULAS AS CLÁUSULAS CONTRATUAIS QUE LIMITAM O PRAZO DE ATENDIMENTO EM AMBULATÓRIO E AQUELAS QUE FIXAM O PRAZO DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS DE CARÊNCIA PARA OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS CONTIDAS NO CONTRATO FIRMADO ENTRE AS PARTES. 5 - A NULIDADE DAS CLÁUSULAS VERIFICA-SE SEGUNDO AS REGRAS LANÇADAS NO ART. 51, CAPUT, INCISO IV DA LEI N. 8.078/90, POSTO QUE ESTABELECEM OBRIGAÇÕES CONSIDERADAS INÍQUAS, ABUSIVAS E COLOCAM O CONSUMIDOR EM DESVANTAGEM EXAGERADA E SÃO INCOMPATÍVEIS COM A BOA-FÉ E COM A EQUIDADE. 6 - DESSA FORMA, RESSAI O DIREITO DO CONSUMIDOR À RESTITUIÇÃO DO VALOR DESEMBOLSADO PARA COBRIR AS DESPESAS COM A OPERAÇÃO A QUAL FOI SUBMETIDO E NÃO AUTORIZADA PELA CASSI, MORMENTE PORQUE ELE TROUXE AOS AUTOS PROVAS SUFICIENTES DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE EMERGÊNCIA E OS RECIBOS DOS REFERIDOS GASTOS. 7 - RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO. SENTENÇA MANTIDA. TJDF - Tribunal de Justiça do Distrito Federal; Número do Acórdão: 218512; Número do Processo: 20040110993957ACJ; Órgão do Processo: Primeira Turma Recursal dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do D.F.; Espécie do Processo: APELAÇÃO CÍVEL NO JUIZADO ESPECIAL; Relator do Processo: LEILA CRISTINA GARBIN ARLANCH; Data de Julgamento: 10/05/2005; Data de Publicação: 01/07/2005; Página de Publicação: 201; Unidade da Federação: DF. (grifei e negritei).**

**CIVIL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. EMERGÊNCIA. ATENDIMENTO DENTRO DO PRAZO DE CARÊNCIA. COBERTURA OBRIGATÓRIA 1. EM SE TRATANDO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA A SEGURADORA É OBRIGADA A PRESTAR ATENDIMENTO AO SEGURADO, INDEPENDENTEMENTE DA EXISTÊNCIA DE PRAZO DE CARÊNCIA. 2. SENTENÇA MANTIDA. TJDF - Tribunal de Justiça do Distrito Federal; Número do Acórdão: 218768; Número do Processo: 20040110642245ACJ; Órgão do Processo: Segunda Turma Recursal dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do D.F.; Espécie do Processo: APELAÇÃO CÍVEL NO JUIZADO ESPECIAL; Relator do Processo: IRAN DE LIMA; Data de Julgamento: 01/06/2005; Data de Publicação: 08/08/2005; Página de Publicação: 73; Unidade da Federação: DF. (grifei e negritei).**

**PELO EXPOSTO, e diante da doutrina e da jurisprudência dominante, e ainda, com fulcro no art. 269, I c/c 330, I do Código de Processo Civil Brasileiro, JULGO PROCEDENTE o pedido inicial e DETERMINO que a Requerida, CAIXA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOS EX-EMPREGADOS DO BANCO DO ESTADO DE MATO GROSSO S/A – SAM-BEMAT, emita a**



**autorização para arcar com todas as despesas médico-hospitalares do falecido marido da Requerente, MARIA DIVINA DO CARMO, durante seu período de internação, sob pena de multa diária de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais), além de sanções cíveis e criminais em caso de descumprimento deste *decisum*.**

Presente o princípio da sucumbência, **CONDENO** a parte ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios **que fixo em R\$ 4.000,00 (quatro mil reais)**, nos termos do art. 20, § 3º do Código de Processo Civil Brasileiro.

Transitada em julgado, execute-se na forma da Lei.

**P. R. I. C.**

Cuiabá-MT, 24 de JULHO de 2.013-(4ªf).

**Yale Sabo Mendes**  
Juiz de Direito